

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 84

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
DES
POLYPES MUQUEUX
DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Mars 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS MICHON

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie, Ex-Moniteur d'Histologie à la Faculté

Né à Lyon, le 23 Octobre 1891



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1923



VALEUR SÉMEIOLOGIQUE
DES
POLYPES MUQUEUX
DE L'UTÉRUS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	}	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	}	POLLOSSON (A.).
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		LANNOIS.
Chimie biologique et médicale.....	}	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et botanique.....	}	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie	}	MOREL.
Histologie.....		BRETIN.
Physiologie	}	GUIART.
Pathologie interne.....		LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	}	POLICARD.
Anatomie pathologique.....		DOYON.
Chirurgie opératoire.....	}	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....		MOURQUAND.
Médecine légale.....	}	PAVIOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	}	ARLOING (F.).
Pharmacologie		Etienne MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		MOREAU.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	FLORENCE (G.).	NOEL, chargé des
TAVERNIER.	PIERY.	ROCHAIX.	fonctions.
CADE.	COTTE.	CORDIER.	
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TIXIER, Président; M. VILLARD, Assesseur;
MM. POLICARD et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 84

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DES

POLYPES MUQUEUX

DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Mars 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS MICHON

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie, Ex-Moniteur d'Histologie à la Faculté

Né à Lyon, le 23 Octobre 1891



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1923

A MON PÈRE

LE DOCTEUR MARIUS MICHON

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

En témoignage de ma profonde affection.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR FRANÇOIS HELME

Nous le remercions de l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours porté au cours de nos études et dans différentes circonstances de notre vie. Qu'il soit assuré de nos très tendres sentiments.

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique

Hommage de ma vénération et de mon respectueux attachement.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR L. TIXIER

Professeur de clinique chirurgicale

Il nous a inspiré ce travail et nous a
utilement guidé au cours de sa rédaction.
Qu'il soit assuré de notre grande reconnais-
sance et de notre respectueux dévouement.

A M. LE PROFESSEUR VILLARD

qui a été notre maître à nos différentes étapes hospitalières. Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours témoigné et le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie du jury de notre thèse.

A M. LE PROFESSEUR POLICARD

qui nous a ouvert largement son laboratoire et nous a toujours fort aimablement et très utilement conseillé. Qu'il trouve ici l'assurance de notre respectueuse gratitude.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

auquel nous ne pourrions jamais assez témoigner notre infinie reconnaissance et notre affectueux dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

M. LE PROFESSEUR TIXIER.
M. LE PROFESSEUR NICOLAS.
M. LE PROFESSEUR VILLARD.
M. LE DOCTEUR MOUISSET.

Internat

M. LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DURAND.
M. LE PROFESSEUR TIXIER.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON.
M. LE PROFESSEUR VILLARD.
M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY.
M. LE DOCTEUR MOLIN.

A MES MAITRES A LA FACULTÉ

Laboratoire d'anatomie

M. LE PROFESSEUR LATARJET.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE.
M. LE DOCTEUR GALLOIS.

Laboratoire de Médecine opératoire

M. LE PROFESSEUR VILLARD.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.

Laboratoire d'Histologie

M. LE PROFESSEUR POLICARD.

INTRODUCTION

L'idée que nous sommes amenés à soutenir dans ce travail, revient à notre maître, M. le professeur Tixier. Pendant les mois où nous avons eu l'honneur d'être successivement son externe, puis son interne, nous avons eu fréquemment l'occasion de l'entendre dire que le polype muqueux du col de l'utérus n'était qu'un symptôme, et nous avons gardé le souvenir de plusieurs cas fort instructifs, à l'appui de cette conception. Aussi lorsqu'il nous proposa ce sujet pour notre thèse inaugurale, nous étions déjà convaincus par les faits observés antérieurement, et nous n'eûmes qu'à recueillir les observations apportées dans ce travail; elles viennent en grande partie du service de M. le professeur Tixier.

Nous ne saurions donc trop le remercier pour l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous lui resterons toujours respectueusement reconnaissant.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans ce travail beaucoup de connaissances nouvelles. Nous voulons surtout insister sur cette idée que l'on doit rechercher systématiquement les lésions concomitantes de l'appareil génital, dans

les cas de polypes muqueux de l'utérus, que ces lésions sont souvent découvertes par plusieurs examens attentifs ou au bout de quelques semaines.

Cette opinion prend une réelle importance, parce qu'elle donne au polype muqueux du col une valeur diagnostique et pronostique très différente de celle que lui accordent les classiques, et parce que de cette notion découlent des indications thérapeutiques particulières.

Notre travail comprendra six parties.

Dans le Chapitre premier, nous nous proposons de montrer qu'en pathologie générale, le polype muqueux est très souvent symptomatique de lésions associées.

Dans le Chapitre II, nous ferons l'étude anatomique et histologique des polypes muqueux de l'utérus.

Le Chapitre III sera consacré au développement de l'idée que nous soutenons et nous nous efforcerons d'y montrer la réelle valeur séméiologique que peut prendre dans certains cas le polype muqueux du col utérin.

Le Chapitre IV comprendra nos observations.

Le Chapitre V sera consacré à la critique de ces observations.

Enfin dans le Chapitre VI, nous traiterons des indications diagnostiques et thérapeutiques que l'on peut baser sur la constatation d'un polype muqueux du col utérin.

Notre travail est illustré par un grand nombre de dessins de pièces opératoires. Nous devons tous ces dessins à l'extrême obligeance et au beau talent de notre ami, M. le professeur agrégé Paul Bonnet. Il nous a prodigué ses conseils au cours de la rédaction de ce travail et au cours de toutes nos études médicales. Qu'il soit assuré de notre grande reconnaissance et de notre affectueux dévouement.

CHAPITRE PREMIER

Valeur des Polypes muqueux en pathologie générale

« Il faut entendre par polypes, disait Levret, vers le milieu du XVIII^e siècle, toute production organique qui se détache par un pédicule plus ou moins large d'une surface muqueuse, quelles que soient d'ailleurs l'origine et la texture de cette production (1). » C'est ainsi que Levret schématisait les caractères communs à un grand nombre de tumeurs, tumeurs aussi variables par leur siège que par leur constitution anatomique et leur évolution.

Les anciens auteurs avaient été frappés de la ressemblance que ces tumeurs offraient avec le mollusque céphalopode connu en zoologie sous le nom de poulpe ou polype de mer et leur avaient donné le nom de polypes.

On trouve dans le dictionnaire de Dechambre, à l'article

(1) LEVRET. Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, du nez et de la gorge, 1749.

: Polype, que Palucci attribuait la raison de cette dénomination à la facilité qu'ont les excroissances polypeuses de se reproduire une fois qu'elles ont été arrachées, facilité que possède aussi le mollusque marin. Et Paul d'Egine disait des polypes « qu'ils ont la perversité du chancre et envoient des racines dans tous les points, de même que le poulpe de mer saisit et étreint les pêcheurs de ses longs bras ».

C'est ainsi qu'on expliquait les récidives.

Ne devons-nous pas déjà être frappé par ce fait que la dénomination donnée à ces tumeurs par les anciens auteurs soit précisément basée sur leur tendance à la reproduction ? N'est-ce pas la preuve que le traitement commun, la ligature, qu'on appliquait à ces tumeurs, n'était souvent qu'une thérapeutique palliative, et laissait persister la lésion causale, permettant la récidive du polype ?

Il est évident que l'on englobe sous la dénomination de polypes différentes sortes de tumeurs, ayant des caractères très variables et une constitution anatomique qui n'est pas toujours la même. La seule variété dont nous ayons à nous occuper est constituée par les polypes dits muqueux.

Les polypes muqueux peuvent exister sur toute surface muqueuse : ils sont fréquents sur les muqueuses pituitaire et respiratoire supérieure et bien connus des spécialistes : polypes muqueux des fosses nasales, du sinus maxillaire, des choanes, du larynx. Plus rares, ils existent pourtant sur la muqueuse de l'oreille moyenne : polypes du conduit auditif externe.

L'intestin dans ses différents segments peut être le siège de telles tumeurs : polypes muqueux de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du rectum.

Le revêtement de l'appareil excréteur urinaire n'en est pas exempt : polypes muqueux de la vessie, de l'urètre.

Enfin ils sont assez fréquents sur l'appareil génital de la femme : polypes muqueux du corps de l'utérus, du col de l'utérus, de la trompe : ce sont ceux que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Nous voulons auparavant dans une étude rapide montrer quels sont les caractères, et les conditions évolutives, des polypes muqueux non génitaux et montrer surtout quelle valeur séméiologique on leur accorde en clinique.

A. — Les polypes muqueux en Oto-Rhino-Laryngologie

1° *Polypes de l'oreille.* — Il est admis dans tous les traités que les polypes de l'oreille ne constituent pas une affection autonome. Ils sont presque toujours symptomatiques d'une otite moyenne suppurée ancienne et négligée. Ce n'est que par exception qu'ils se développent en dehors de toute inflammation suppurative de l'oreille moyenne, sur les parois du conduit préalablement altérées par le contact d'un corps étranger, la présence d'un furoncle, etc. L'existence d'un polype doit donc faire diagnostiquer d'emblée une lésion de l'oreille moyenne, sauf contrôle ultérieur.

Il est vrai que sous la dénomination de polypes se groupent des tumeurs variées : granulations, angio-fibromes, fibromes et myxomes.

Ils se reconnaissent à la présence dans le conduit d'une masse blanc-rosée, plus ou moins dure, mobile, qui saigne souvent soit spontanément, soit par un léger traumatisme : aussi les petites hémorragies après les injections doivent-

elles faire soupçonner la présence de polypes dans l'oreille moyenne.

Ces excroissances d'abord enfermées dans la caisse, sortent par les perforations tympaniques en raison de leur développement progressif.

Les polypes doivent être enlevés, parce qu'ils entretiennent la suppuration, parce qu'ils favorisent la stagnation du pus et enfin parce qu'ils opposent un obstacle au traitement des parties malades. En effet, il ne faut pas s'attendre à voir l'ablation du polype suivie immédiatement de la cessation de l'écoulement, parce que les polypes sont généralement symptomatiques d'une lésion osseuse ou d'une otite qu'il faut traiter efficacement par les moyens habituels, parfois même d'un cancer de la caisse.

Telles sont les notions actuellement couramment admises pour ce qui concerne les polypes de l'oreille (1).

2° *Polypes muqueux des fosses nasales.* — C'est une maladie très commune pour ceux qui pratiquent la rhinoscopie. Les variétés de polypes sont nombreuses depuis le polype unique, minuscule, latent, jusqu'aux polypes volumineux et multiples qui débordent et par les narines et par les orifices postérieurs des fosses nasales.

Leur développement est lent. Quand ils ont atteint un certain degré, il s'établit un écoulement nasal muqueux ou muco-purulent.

Toutes les hypothèses ont été soulevées au sujet de la cause de cette affection ; un seul fait est à retenir, c'est qu'elle est le résultat d'une irritation mécanique ou inflammatoire d'origine variable.

(1) LERMOYEZ, BOULAY et HAUTANT. *Traité des affections de l'oreille*, tome I^{er}, p. 553.

La plupart des polypes siègent dans le méat moyen, près de l'ouverture du sinus frontal.

« La constatation de polypes du nez ne constitue pas un diagnostic complet. Les polypes ne sont souvent qu'un épiphénomène greffé sur une altération osseuse ou accompagnant une sinusite de l'une des cavités accessoires (1). »

Les polypes muqueux occupent généralement les deux cavités nasales : on voit rarement un polype unilatéral.

Quant aux polypes muqueux des choanes, ils ont la plupart du temps une origine intrasinusale, et s'accompagnent d'autres polypes muqueux du nez.

Donc sans admettre la théorie trop exclusive qui dit : Pas de polypes sans sinusite, la majorité des auteurs s'accordent à reconnaître la coexistence fréquente des deux affections.

B. — Les polypes muqueux du tube digestif

La muqueuse digestive peut également être le siège de formations polypeuses sur toute son étendue. C'est ainsi que l'on a décrit des polypes de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin et du rectum.

En ce qui concerne l'œsophage et l'estomac, on a affaire à des tumeurs bien particulières et qui sont d'ailleurs des raretés aussi bien anatomiques que cliniques.

Il n'en est pas de même au niveau du gros intestin ; là la muqueuse est assez fréquemment le siège de polypes muqueux, pédiculés ou sessiles, présentant histologiquement la structure d'un adénome.

(1) J. GAREL, *Diagnostic et traitement des maladies du nez*, p. 253.

Nous choisirons quelques exemples recueillis au cours de nos recherches bibliographiques.

F. Cathelin (1) a présenté en 1898 à la Société anatomique de Paris des pièces prélevées à l'autopsie d'un enfant, et sur lesquelles on constatait la présence de polypes muqueux du cæcum et des trois côlons à côté de lésions nettes d'appendicite chronique hypertrophique.

Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation pathogénique que l'on admet dans ce cas, qu'il s'agisse de tuberculose ou d'inflammation banale, il n'en est pas moins intéressant de constater la coexistence des polypes muqueux et des lésions appendiculaires.

Il est d'autres cas pouvant prêter à discussion, mais qui sont généralement interprétés de façon diverse. Nous voulons parler de la polypose recto-colique coexistant avec un néoplasme.

Il est évident que dans certains cas la polypose recto-colique semble bien avoir précédé le développement de la tumeur cancéreuse et qu'il n'y a là qu'un cas particulier de la loi générale du développement du cancer sur une adénome préexistant. Ainsi doit être interprété le cas que Lardennois et Mondor (2) ont présenté à la Société anatomique de Paris en 1913. Sur un segment intestinal long de quarante centimètres et extirpé par voie abdomino-périnéale, coexistent un adénocarcinome de l'ampoule rectale et une quantité de polypes pédiculés à structure adénomateuse. On peut noter la même coexistence sur la préparation dont se sont servis Roussy et Léroix (3)

(1) F. CATHELIN. *Bulletin de la Société anatomique*, 1898, p. 487.

(2) LARDENNOIS et MONDOR. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1913, p. 231.

(3) ROUSSY et LÉROUX. *Diagnostic des tumeurs*, p. 119, fig. 17.

dans leur « Diagnostic des tumeurs » : à côté d'un polype bénin du rectum se voit un bourgeon épithéliomateux qui permet de penser qu'il s'agit de transformation maligne de l'adénome en cancer.

Mais dans d'autres cas, il s'agit non plus de polypose multiple, affection particulière, mais de polypes muqueux isolés au voisinage d'une tumeur souvent infectée et l'on peut se demander si le petit adénome n'est pas consécutif dans son développement à l'évolution de la lésion cancéreuse.

Nous avons eu personnellement l'occasion d'examiner histologiquement deux cas qui peuvent rentrer dans cette catégorie :

1° Femme de 46 ans. Diagnostic clinique : cancer du cæcum.

Intervention, le 11 juin 1920 (MM. Tavernier-Michon). — Laparotomie droite : on trouve une tumeur du volume d'un œuf siégeant à l'union du cæcum et du côlon ascendant. Résection du cæcum et anastomose termino-terminale du grêle dilaté et du côlon ascendant.

A l'examen de la pièce, on découvre tout près de la tranche de section supérieure une petite tumeur pédiculée de la grosseur d'un haricot.

L'examen histologique (Michon). montre un épithélioma atypique au niveau de la tumeur cæcale principale ; quant à la petite tumeur pédiculée, elle a la structure d'un adénome.

2° Commandant X... Cancer du rectum.

Intervention, en juillet 1920 (MM. Tixier-Leriche). — Amputation périnéale. Sur la pièce on trouve à côté d'une vaste tumeur ulcérée du rectum un petit polype muqueux.

L'examen histologique (Michon) montre la nature épithéliomateuse de la tumeur principale, tandis que la petite tumeur pédiculée a tous les caractères d'un adénome.

Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation que l'on donne à ces faits, que l'on admette la transformation de la

tumeur bénigne préexistante en tumeur maligne ou que l'on croie au développement ultérieur du polype adénomateux, réaction inflammatoire de la muqueuse au contact d'une tumeur infectée, il n'en reste pas moins vrai qu'en pratique la coexistence des deux tumeurs est possible et que la découverte d'un polype muqueux rectal ou sigmoïdien doit faire rechercher le cancer sus-jacent.

C. — Les polypes muqueux en urologie

Siégeant dans la vessie ou surtout au méat urétral, les polypes muqueux, plus fréquents chez la femme, sont assez souvent une affection isolée.

Mais à côté de ces tumeurs idéopathiques, il est des cas où la symptomatologie disproportionnée avec les caractères du polype, doit mettre le clinicien en éveil, et il est fréquent de découvrir une cystite, une urétrite, une blennorragie, masquée par le polype. Dans ces cas l'ablation du polype est nécessaire pour diminuer les symptômes (hémorragie surtout), mais on doit ensuite traiter la lésion originelle, car la polypectomie, opération palliative, laisse persister des troubles et la récurrence est possible.

On voit donc que fréquemment les polypes muqueux coexistent avec une lésion organique qu'ils peuvent servir à dépister.

Ils se manifestent en général par une symptomatologie commune : les écoulements muco-purulents et l'hémorragie.

Ces symptômes nous les retrouverons au cours de l'étude du polype muqueux en gynécologie, et nous nous efforcerons de démontrer que sur les muqueuses génitales, comme au niveau des autres muqueuses, le polype est très souvent associé à une autre affection qui peut passer inaperçue et dont il est pourtant l'avertissement.

CHAPITRE II

Etude anatomique et histologique des polypes muqueux de l'utérus

Sous le terme très général de polypes, on a englobé toute une série de néo-formations pédiculées de structure très différente. Dans certains cas le contrôle histologique est nécessaire pour certifier la nature de la tumeur : c'est ainsi qu'au niveau de l'oreille et du nez, des granulomes, des polypes fibreux, des bourgeons néoplasiques, peuvent être pris pour des polypes muqueux. Il en est de même au niveau de l'utérus, où l'on a décrit sous le nom de polypes des affections fort diverses : nous n'envisageons bien entendu que les polypes muqueux et nous nous sommes assurés de la garantie du contrôle histologique dans tous les cas où un doute pourrait exister sur la véritable structure de la lésion (consistance dure, gros volume, coexistence avec fibrome pédiculé sous-muqueux). Nous n'avons donc à parler dans notre étude, ni des polypes

fibreux, ni des polypes fibrineux d'origine placentaire décrits par Velpeau et Kiwisch, ni des polypes papillaires analogues aux végétations vulvaires. Nombre de documents, trouvés dans la littérature médicale ancienne, sont inutilisables, faute de précision sur la nature exacte du polype.

A. — Etude anatomique

Les polypes muqueux se développent aux dépens de la muqueuse utérine et il est classique de les diviser en deux groupes : ceux du corps et ceux du col.

Cette distinction, utile au point de vue anatomique, ne nous paraît avoir une grande valeur ni au point de vue histologique, ni au point de vue clinique.

En effet, la notion du col de l'utérus, telle qu'elle existe couramment dans la littérature gynécologique, est uniquement anatomique : c'est le plan de l'isthme utérin qui délimite la cavité utérine proprement dite de la cavité cervicale. Nous appellerons donc polype du corps ou du col, un polype dont le pédicule s'insérera au-dessus ou au-dessous de ce plan.

Mais histologiquement la cavité cervicale est tapissée dans sa partie supérieure par un épithélium identique à celui de la cavité utérine, si bien que cette région cervicale supérieure doit être histologiquement et physiologiquement rattachée au corps de l'utérus. La portion inférieure, au contraire, avec ses glandes particulières a une physiologie propre. Entre les deux régions, la limite n'est pas nette, la transition n'est d'ailleurs pas brusque et le niveau doit varier selon les individus. En général ce niveau est situé au-dessous de l'isthme.

Cliniquement enfin, il est fréquent de constater qu'un polype du col, faisant issue par l'orifice cervical est en réalité un polype à insertion fundique dont le long pédicule étiré s'étend sur toute la hauteur de la cavité utérine. (Observ. XIV ; Observ. XXX, fig. 14.)

On voit donc tout ce qu'a d'artificiel en réalité cette division classique.

1° *Quel est le siège des polypes muqueux ?*

D'après les travaux classiques, d'après ce que nous avons été à même de constater sur les pièces opératoires que nous avons observées, il semble bien que les polypes muqueux aient deux sièges de prédilection en ce qui concerne leur insertion tout au moins.

D'abord *le voisinage de l'isthme*. La majorité des polypes constatés cliniquement, qu'ils soient déjà franchement intra-vaginaux ou encore intra-cervicaux, ont un pédicule qui s'insère à la face interne d'une des lèvres, mais généralement assez haut, près de l'isthme. Dans quelques cas, ils semblent même s'insérer à la partie inférieure de la cavité utérine juste au-dessus de l'isthme.

L'autre *siège de prédilection* est le *fond utérin*, surtout au niveau des cornes, *près de l'ostium uterinum*.

Lecène et Gaudart d'Allaines, dans un article récent (*Journal de Chirurgie*, 1922, p. 564), sur les avantages de l'hystérectomie fundique au cours des affections utéro-annexielles, reconnaissent à cette intervention le grand mérite de supprimer la région du fond de l'utérus qui est « le siège d'élection de l'endométrite hyperplasique, accompagnée souvent de végétations polypeuses qui font saillie dans la cavité utérine ».

Il est possible que cette localisation soit commandée par des causes mécaniques qui nous échappent. En tout cas, il paraît plus rare de trouver des polypes s'insérant sur une face, à moins de conditions particulières : c'est ainsi que le polype s'insère parfois au pôle d'un fibrome sous-muqueux ou d'une tumeur faisant saillie dans la cavité utérine (*fig. 13*). (Au niveau des fosses nasales, il en est de même et les polypes muqueux siègent presque uniquement dans le méat moyen près des orifices, jamais sur la paroi interne.)

2° *Le nombre des polypes muqueux est variable.*

Assez fréquemment le polype est unique. Dans d'autres cas, ils se groupent par paquets de deux ou trois (*fig. 2, 3, 4*). Enfin, ils peuvent être en plus grand nombre et coexister sur le corps et sur le col. Ainsi dans l'observation XXXII, (*fig. 15*), on note cinq polypes siégeant aux lieux d'élection, trois au niveau de l'isthme, un au niveau de chaque *ostium uterinum*.

3° *L'aspect général des polypes paraît changer également suivant de multiples conditions.*

En général leur volume est petit, variant de celui d'une tête d'épingle en verre à celui d'une amande. Il faut *a priori* tenir pour suspect tout polype muqueux de grandes dimensions.

Leur consistance est molle, parfois diffluente, si bien que le doigt ne peut les sentir et qu'on les découvre au spéculum. Leur coloration enfin varie du blanc transparent au rouge violacé.

Il semble que ces différents caractères soient sous la dépendance de conditions mécaniques et de conditions de

circulation. Le développement d'une tumeur dans l'utérus, l'évolution d'une grossesse peuvent faire augmenter considérablement le volume d'un polype ; sous l'influence de poussées fluxionnaires le polype peut changer de dimensions, de coloration et il arrive de constater des changements notables d'un examen à l'autre (Obs. XVI).

Enfin l'évolution kystique des néoformations glandulaires fait acquérir un assez grand volume à la tumeur : ce sont ces polypes que Huguier a décrits sous le nom d'utéro-folliculaires et qui peuvent acquérir la dimension d'un œuf de poule.

Leur surface rouge, hérissée de saillies arrondies, demi-transparentes, donne à la masse l'aspect d'une grappe de raisin.

Les conditions circulatoires et mécaniques qui semblent agir sur le polype et le modifier, font également sentir leur action sur le col et sur l'isthme. En général, les gros polypes mous siègent dans une cavité cervicale élargie; admettant facilement l'extrémité de l'index, et le col mou, œdématié se laisse facilement dilater au doigt.

B. — Etude histologique

Les divers types morphologiques que prend la muqueuse de revêtement sur le corps et sur le col de l'utérus, font que l'aspect microscopique du polype varie suivant son siège. C'est ainsi que nous avons rencontré une structure variable au cours des dix-sept examens histologiques que nous avons faits.

1° On sait que l'épithélium de la muqueuse du corps est représenté par une rangée unique de cellules prismatiques

présentant des cils à certains moments mal précisés du fonctionnement de l'organe ; cet épithélium s'enfonce dans la profondeur sous formes de tubes faiblement ramifiés, faussement appelés glandes, car ils n'ont aucune différenciation glandulaire spéciale.

La muqueuse du canal cervical est caractérisée par un épithélium cylindrique muqueux assez fixe au cours du cycle menstruel, et à aspect papillaire et par des formations glandulaires plus volumineuses, plus rares que sur le corps et à contour polycyclique. Enfin, au niveau de la portion externe du col, dénommée museau de tanche, le revêtement est du type dermo-papillaire et l'épithélium est pavimenteux et stratifié.

Suivant le siège de développement du polype, le revêtement sera pavimenteux, cylindrique muqueux ou prismatique :

a) Assez rarement *le revêtement sera du type ectodermique*. En général, dans ces cas, la lésion semble se développer sur une métrite cervicale en évolution et le polype à insertion intra-vaginale (et non intra-cervicale) paraît idiopathique. Son volume peut devenir assez considérable et la consistance en est souvent ferme et charnue. L'observation suivante est un exemple de cette variété :

Mme C..., 37 ans. Entre dans le service du professeur Tixier, le 4 avril 1922, pour un polype du col, provoquant des pertes blanches abondantes et apparaissant parfois à la vulve surtout au moment des règles, pendant lesquelles il augmente de volume. Au toucher : masse piriforme dont le pédicule s'insère sur la face externe d'un col tuméfié et ulcéré. Utérus paraît normal, annexes non perçues.

Section du pédicule aux ciseaux. A l'examen : la tumeur a une consistance ferme. Histologiquement elle est formée par un revê-

tement du type ecto-cervical et un stroma de tissu cellulaire assez dense, contenant de nombreux vaisseaux et pas ou peu de formations glandulaires.

Les cas semblables ne nous paraissent pas entrer dans le cadre de notre étude.

Ces polypes à revêtement ectodermique nous semblent différer notablement des polypes de la cavité utérine, et se rapprocher des papillomes ou végétations vaginales. Toutefois certains polypes à insertion nettement canaliculaire présentent à l'examen un revêtement ectodermique. Ceci se voit chez les vieilles femmes, dont l'épithélium cylindrique peut être remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié, évoluant même vers la kératinisation ; et aussi à la suite des ulcérations et des si fréquentes lésions cervicales post-puerpérales, qui paraissent activer le processus régénérateur de cicatrisation, lequel est bien plus considérable sur l'épithélium vaginal, ce qui fait qu'il gagne pour ainsi dire du terrain sur l'épithélium cylindrique endo-cervical (Kano-Moukayé).

b) Si le polype se développe *au niveau du col histologique*, le revêtement en sera la muqueuse du col reproduite avec ses éléments presque normaux. Des aspects variés peuvent être dus à des circonstances fortuites : irritation du polype pincé par le col, allongement des glandes dû à la pesanteur. Les formations glandulaires que renferme la masse sont de structure normale, tapissées par un épithélium cylindrique du type muqueux, sans karyokinèses.

En somme, ces lésions correspondent au type décrit par Kano-Moukayé sous le nom d'adénome saillant.

c) Enfin, inséré et développé *au niveau de la muqueuse du corps*, le polype possède un épithélium de revêtement prismatique et des formations glandulaires tubulaires sans cellules muqueuses.

Nous avons rencontré une majorité de polypes correspondant à cette forme, et histologiquement parlant, un certain nombre de polypes classés cliniquement comme polypes du col sont en réalité des *polypes du corps*.

2° *Le tissu conjonctif* qui constitue le stroma est comme celui de la muqueuse, riche en fibres et assez pauvre en cellules. Très fréquemment il prend un aspect lâche et œdémateux, qui s'accompagne d'ectasie vasculaire. Quelques rares pinceaux de fibres lisses se dissocient au milieu de ce tissu à allure de tissu conjonctif muqueux.

Dans d'autres cas, notamment au niveau du fond, l'axe conjonctif de la formation polypeuse est très grêle et la consistance est très molle, presque diffluente (franges, végétations polypeuses).

3° Enfin, dans la totalité des cas, les formations polypeuses sont le siège d'*infection chronique*. Celle-ci se manifeste parfois par une infiltration cellulaire tellement intense que l'on a pu décrire des polypes comme sarcomes ou adéno-sarcomes (Veit et Ruge). En général on note d'une part l'existence d'une infiltration plus discrète mais très nette (nodules inflammatoires ou traînées leucocytaires, constituées en proportions variables par des polynucléaires, des lymphocytes, des éosinophiles et des plasmocytes); d'autre part des manifestations d'hyperplasie glandulaire (exagération de l'aspect papillaire de l'épithélium ou tendance à la prolifération lobulée).

D'ailleurs ces phénomènes inflammatoires ne sont pas, en règle générale, limités au polype lui-même, mais existent de façon diffuse sur toute la muqueuse qui est le point de départ du polype.

En somme, les polypes muqueux de l'utérus nous apparaissent soit comme de simples végétations exubérantes, soit comme des formations adénomateuses plus précises accompagnant des processus inflammatoires, et des rapports évidents existent entre ces deux manifestations.

Ceci n'est d'ailleurs point une exception pathologique, et au niveau de bien d'autres organes, la mamelle, les glandes salivaires, etc., la doctrine de l'origine infectieuse de la nature des adénomes paraît la plus probable (Ménétrier).

La structure que nous venons de voir au niveau des polypes muqueux utérins se retrouve très analogue quand on étudie les polypes muqueux des autres organes.

Au niveau du nez, de l'oreille, l'épithélium de revêtement et le stroma rappellent ceux de la muqueuse normale, et on constate à côté des signes de transsudation séreuse et leucocytaire abondante, la preuve de l'hyperplasie glandulaire du type, soit papillaire, soit lobulée.

Ainsi s'accuse l'analogie que nous voulons voir entre les différents polypes muqueux de l'organisme.

CHAPITRE III

De la Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'Utérus

Ce n'est pas émettre une idée nouvelle que de montrer la coexistence des polypes muqueux et des lésions diverses de l'appareil utéro-annexiel.

a) Les faits précis les plus anciens que nous ayons trouvés signalés, se trouvent dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

Dans une présentation faite en avril 1857, Ferréol apporte un utérus prélevé sur une femme morte d'apoplexie, et présentant à la fois un polype fibreux et un polype muqueux. C'est la première fois, dit-il, qu'on constate les deux formes de polypes sur le même utérus.

Puis J. Meunier, en 1863, à l'autopsie d'une femme morte de pneumonie, trouve dans l'utérus deux fibromes interstitiels, un polype fibreux et un polype muqueux

pédiculé, fixé sur la paroi postérieure et gauche, tout près de l'orifice interne de la trompe.

Molinier (1865) trouve également un polype muqueux du fond utérin à l'autopsie d'une femme morte d'hémorragie due à polype fibreux accouché par le col. Les parois utérines contenaient, en outre, deux noyaux fibreux du volume d'une noix et d'un œuf.

Lelong (1867) rapporte l'observation d'une femme de 49 ans, présentant des métrorragies et un utérus un peu gros. Le spéculum ayant fait découvrir un polype muqueux du col, on l'arrache sans effort après dilatation. Après une amélioration de quatre jours, l'état s'aggrave et au bout de deux semaines la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve à côté de lésions de péritonite, un fibrome du fond et on constate que le polype muqueux s'insérait au-dessus de l'orifice interne du col.

Heydenreich (1874) présente une pièce d'autopsie sur laquelle on constate la coexistence d'un polype muqueux du fond, de deux trompes pleines de pus et d'un petit fibrome utérin.

Enfin, en 1902, Mauclaire et Weinberg montrent un polype muqueux sur une trompe atteinte de salpingite.

De tels faits sont tout à fait de l'ordre de ceux que nous apportons dans nos observations personnelles. Ils étaient donc connus. Il est d'ailleurs fort probable qu'au cours de nos recherches, maint exemple nous ait échappé, étant donné que ces cas se trouvent dans la littérature sous des titres extrêmement divers et que, de ce fait, la bibliographie est rendue extrêmement malaisée.

b) Dans les traités classiques, la coexistence des polypes

muqueux et des lésions de *métrite* est très nettement mise en évidence.

Dans son manuel pratique de gynécologie, qui date de 1879, de Sinéty s'exprime en ces termes : « On a dit « que les polypes muqueux étaient cause de métrite chronique. Il nous semblerait plus juste de renverser la « proposition en disant qu'ils sont, la plupart du temps, « consécutifs à une métrite interne ». Il cite à l'appui de cette opinion une observation de Beigel, dans laquelle à la suite de l'ablation de deux polypes muqueux, les métrorragies persistèrent. Une dilatation du col permit une exploration intra-utérine et on trouva l'utérus bourré de polypes, ce qui amena à faire un curettage et une cautérisation, sur le compte de laquelle il met la stérilité consécutive, sans faire jouer de rôle à l'infection.

Pozzi est plus catégorique encore : il compare les polypes muqueux de l'utérus à ceux du nez et dit : « C'est « à tort que les auteurs décrivent les polypes muqueux « dans un chapitre distinct. Au triple point de vue de « l'anatomie pathologique, de la clinique et du traitement, « ces lésions appartiennent à la métrite hémorragique ». Plus loin, à propos de la métrite hémorragique : « Les « polypes du col sont une lésion de métrite et doivent « être décrits avec elle ».

Les traités plus récents de J.-L. Faure et Siredey, de Forge et Massabuau, disent également que les polypes muqueux ne constituent point une maladie particulière et qu'au cours de la métrite chronique, de petits bourgeons saillants se produisent sur la muqueuse et entraînant avec eux quelques glandes forment des polypes muqueux sessiles, puis pédiculisés.

c) De ce qui précède, il découle que le polype muqueux idiopathique, sans autre lésion de l'appareil génital, est exceptionnel.

Au cours de sa pratique gynécologique déjà longue, notre maître, M. le professeur Tixier, a constaté également la rareté du polype idiopathique du col utérin. *Par contre, il a rencontré de nombreux cas de polypes muqueux du col associés à d'autres lésions gynécologiques, lésions dont ils ne sont qu'un symptôme et parfois le symptôme avant-coureur.*

Après l'ablation de polypes dit idiopathiques, on s'aperçoit, quand on peut suivre les malades, que des affections non diagnostiquables ou méconnues se mettent souvent à évoluer. L'ablation du polype muqueux n'amène qu'une amélioration passagère ; sa constatation nécessite un examen minutieux de l'appareil utéro-annexiel et une surveillance dans les mois qui suivent.

Fréquemment, il est le premier symptôme qui attire l'attention ; on a tendance à lui attribuer tous les troubles et à agir thérapeutiquement contre lui seulement. Or, derrière lui, existe une lésion latente qui peut passer inaperçue à un examen trop rapide et évoluer ultérieurement.

Quelques exemples feront mieux comprendre notre pensée :

1° Une femme de 57 ans, ayant atteint la ménopause, vient consulter un médecin pour des pertes séreuses fétides. On découvre un polype muqueux, auquel on rattache tous les troubles et on en fait l'ablation. Cinq mois après, les pertes continuant, la malade consulte de nouveau un médecin : elle est trouvée porteuse d'un cancer du corps utérin (Obs. II).

2° Une femme de 43 ans est opérée pour un polype du col utérin. On la surveille. Quatre ans après, elle est trouvée porteuse d'un *fibrome utérin* (Obs. VIII).

3° Une autre femme de 43 ans est opérée d'un polype muqueux du col auquel on attribue des métrorragies. Les troubles persistent. Six ans après, la malade, examinée de nouveau, présente un utérus augmenté de volume. On l'opère et on enlève un utérus contenant un *myome rouge* du volume d'une mandarine (Obs. XIII).

4° Des métrorragies, chez une femme de 40 ans, sont attribuées à un polype du col. L'examen soigneux est négatif, et il semble s'agir d'un polype simple. Les pertes rouges persistantes ramènent la malade à l'examen, deux ans après. L'utérus est trouvé augmenté de volume ; une hystérectomie est décidée : l'utérus contenait *trois fibromes interstitiels* (Obs. XIV).

5° Chez une femme de 46 ans, des pertes rouges sont jugées trop abondantes pour être mises uniquement sur le compte d'un polype muqueux. On fait une hystérectomie ; l'utérus présente des lésions marquées de *métrite parenchymateuse* (Obs. XVII).

Par ces quelques exemples, on voit donc que les polypes muqueux du col peuvent être les signes précurseurs de lésions utéro-annexielles variées : néoplasmes, fibromes, myomes, métrites, infections salpingiennes, et qu'ils possèdent alors une véritable valeur séméiologique.

Loin de nous l'idée de pousser cette notion à l'extrême. Nous reconnaissons qu'il est des cas dans lesquels le polype muqueux est presque toute la maladie : il semble qu'on ait alors le plus souvent affaire à des polypes papil-

laïres ou à des tumeurs adénomateuses pédiculées évoluant au cours d'infections minimales et localisées (métrites cervicales, érosions du col, ectropion, dégénérescence kystique du col).

Mais d'après nos constatations personnelles, il nous paraît que ces cas sont très rares, et que, par contre, fréquents sont ceux où le polype, associé à des lésions sus-jacentes, n'a, au point de vue anatomo-pathologique, que la valeur d'une végétation hypertrophiée, symptomatique d'une métrite villeuse qui, s'extériorisant à l'orifice cervical, prend de ce fait une importance séméiologique réelle, dont on doit tenir compte en clinique.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous avons réuni un total de 34 observations personnelles. Ces observations nous ont été en majorité communiquées par M. le professeur Tixier. Nous le remercions ainsi que tous nos maîtres qui ont bien voulu nous procurer aussi ces documents indispensables, que nous apportons à l'appui de notre thèse.

Parmi ces observations, nous avons fait un choix et nous avons réparti en deux groupes différents, d'une part les observations ayant un double intérêt clinique et anatomique; d'autre part les observations n'ayant qu'un intérêt purement anatomique.

Enfin nous avons classé les cas suivant la nature de la lésion associée dont le polype muqueux n'est qu'un symptôme.

PREMIER GROUPE

Observations ayant un intérêt clinique et anatomique

A. — Polypes muqueux et cancer.

OBSERVATION I (TIXIER)

Mme Li..., 47 ans, vient consulter M. le professeur Tixier pour des pertes blanches et rouges. L'examen gynécologique pratiqué à ce moment, permet de sentir *un petit polype muqueux*, passant par l'orifice du col et un utérus augmenté de volume. Etant donné l'âge de la malade, on propose une opération radicale qui est refusée.

1° *Intervention*, le 11 septembre 1919 (M. Tixier). — Simple ablation du polype par voie vaginale, comme traitement palliatif. Ultérieurement devant la persistance des troubles, la malade revient consulter M. le professeur Tixier : une nouvelle opération est proposée et acceptée.

2° *Intervention*, le 13 août 1920 (M. Tixier). — Hystérectomie totale à l'examen de la pièce, on constate un noyau fibromateux et surtout un *cancer isthmique avec pyométrie*.

OBSERVATION II (TIXIER)

Mme X..., 57 ans. Grande multipare : pas de passé gynécologique. Ménopause normale à 50 ans.

Depuis un an, apparition de pertes sérieuses fétides. Il y a cinq mois, un chirurgien consulté découvre au toucher vaginal entre les lèvres du col utérin, un petit bourgeon, diagnostiqué *polype muqueux*. On lui attribue les pertes qu'il paraît expliquer et on l'enlève.

Les pertes continuant, la malade vient consulter M. le professeur Tixier. Elle est alors blanche, bouffie, cachectique ; elle dit que ses forces ont périclité. Au toucher vaginal, l'utérus est senti gros comme le poing, mou ; par compression, on fait sourdre dans le vagin une sécrétion d'odeur fade. Le diagnostic de *cancer du corps utérin* s'impose.

Intervention, juin 1917 (M. Tixier). — Hystérectomie totale ; à l'examen de la pièce, on trouve qu'un néoplasme occupe toute la cavité de l'utérus, mais que le col est absolument libre.

B. — Polypes muqueux et fibromyomes.

OBSERVATION III (TIXIER)

M... Joséphine, 42 ans, entre dans le service du professeur Tixier pour métrorragies, datant de septembre 1919.

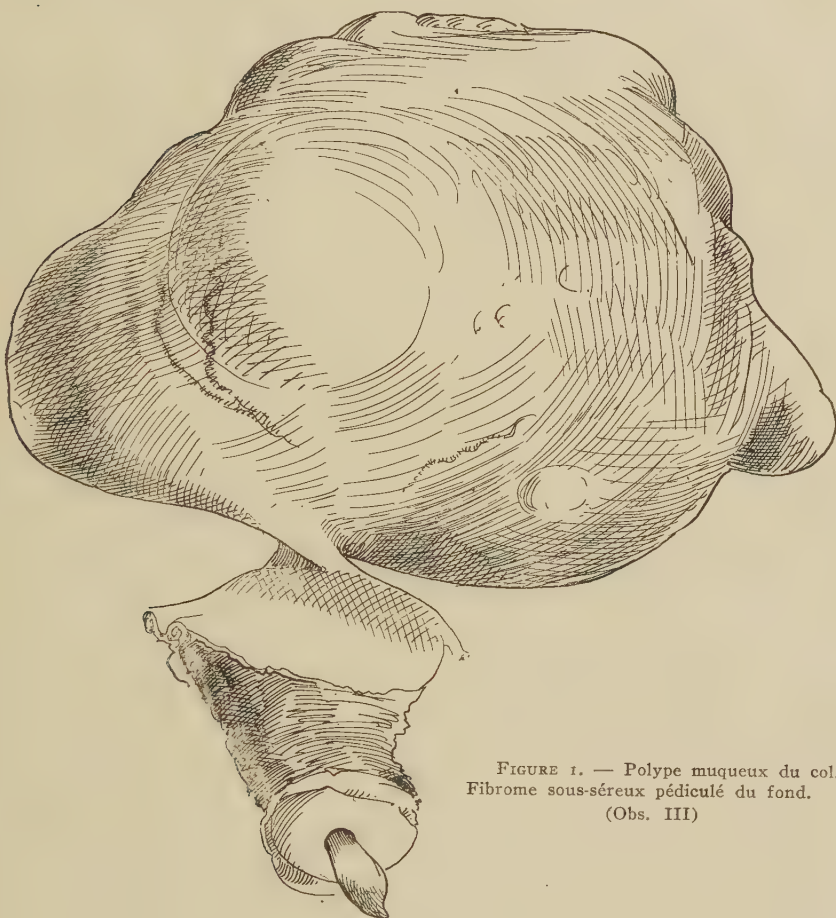


FIGURE I. — Polype muqueux du col.
Fibrome sous-séreux pédiculé du fond.
(Obs. III)

Réglée à 13 ans, régulièrement jusqu'à 18 ans. De 18 à 22 ans, retards assez fréquents. Alors les règles redeviennent régulières jusqu'au début de l'affection actuelle, qui se fit par une perte de sang rouge apparue brusquement entre deux périodes menstruelles. Puis les règles devinrent anormalement abon-

dantes et la malade se mit à perdre des caillots. Enfin entre les règles s'établit un *écoulement muco-purulent, légèrement teinté en rouge et d'odeur fétide* ; à la longue des troubles généraux se firent sentir : lassitude, lourdeur au creux épigastrique.

Le 5 juillet 1920, la malade entra dans le service du professeur Tixier. Le toucher vaginal fournit les renseignements suivants :

Fille vierge. *Petit polype muqueux*, mou, en forme de lnette, sortant par l'orifice du col. Fibrome du volume d'une tête de fœtus, très enclavé dans le pelvis, tombant dans le cul-de-sac latéral droit et en arrière dans le rectum. Le corps utérin paraît refoulé à gauche et en arrière. Annexes non perçues.

Intervention, le 12 juillet 1920 (MM. Tixier-Michon). — Incision de Pfannenstiël. Le noyau fibromateux peut être désenclavé et luxé ; il est du volume d'une petite tête d'enfant et inséré au dôme utérin par un long pédicule.

Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit. Appendicectomie.

L'utérus est bourré de petits fibrome interstitiels. Petit polype muqueux à insertion isthmique, saillant entre les lèvres du col qui est sain (*fig. 1*).

La malade sort guérie le 2 août 1920.

OBSERVATION IV (TIXIER)

Mme M... N... Marie-Joséphine, 43 ans, entre dans le service du professeur Tixier le 20 juillet 1920 pour des pertes blanches.

Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement, pendant six jours. Deux fausses couches, d'un mois, l'une à l'âge de 29 ans, l'autre à l'âge de 40 ans. Un accouchement à terme en 1901.

La malade accuse uniquement des pertes blanches, continuelles, abondantes, parfois légèrement striées de sang, l'obligeant à « se garnir » en permanence. Aucune modification des règles. Pas de douleurs. Constipation habituelle. Pas de cuisson à la miction.

Au toucher, on perçoit *trois polypes* saillant par l'orifice du col. Ils sont assez volumineux et ont une consistance plus dure que les polypes muqueux habituels.

L'utérus est trouvé augmenté de volume, asymétrique plus développé à droite.

Intervention, le 27 juillet 1929 (MM. Tixier-Michon). — Incision de Pfannenstiël. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit.

A la coupe, l'utérus est trouvé porteur d'un fibrome sous-muqueux de la corne gauche. Les trois polypes ont un long pédicule intracervical et s'implantent au niveau de l'isthme (*fig. 2*).

L'examen histologique (Michon) montre : 1° Que les polypes du col sont des polypes muqueux : Epithélium de revêtement du type cylindrique et stroma du type muqueux contenant des formations glandulaires tubulées et une infiltration cellulaire intense, surtout par des polynucléaires ; 2° Fibromyome sous-

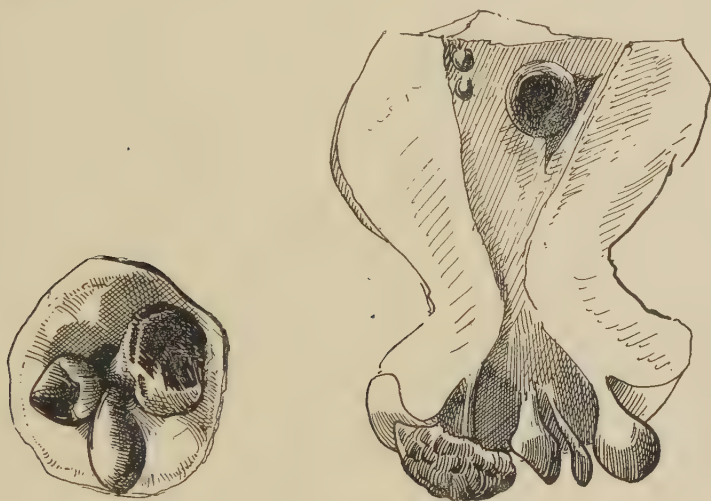


FIG. 2. — Polypes muqueux du col.
Fibrome sous-muqueux du corps (Obs. IV).

muqueux ; 3° Le col est normal ; Au niveau du corps, la muqueuse est nettement hyperplasiée et présente des signes d'infection manifeste (Endométrite glandulaire hypertrophique).

OBSERVATION V (TIXIER)

Mme D..., 44 ans. Vient consulter le professeur Tixier pour des pertes blanches continues, très irritantes, souvent teintées de sang, obligeant la malade à se garnir continuellement. Les règles sont très abondantes, mais régulières.

En avril 1920, le toucher permet de constater un assez gros

polype muqueux sortant par un col œdématisé, atteint d'endométrite cervicale avec ectropion d'une lèvre. En examinant l'utérus, on trouve qu'il est augmenté de volume, multilobé. On fait le diagnostic de fibrome et on propose une hystérectomie qui est refusée. Aussi, pour diminuer l'écoulement des pertes muco-purulentes qui entretiennent un prurit très désagréable, on pratique *l'ablation du polype muqueux*.

Cette ablation est suivie d'une diminution notable des pertes blanches, mais les règles très abondantes ne sont naturellement pas modifiées.

En décembre 1920, la malade revient consulter pour des troubles vésicaux (dysurie) on trouve le fibrome augmenté de volume : c'est lui qui par compression est la cause des symptômes normaux accusés par la malade. Cette fois l'intervention est acceptée.

Hystérectomie totale (Pr Tixier). La paroi utérine est envahie par de multiples noyaux fibromateux. La cavité utérine irrégulière est recouverte d'une muqueuse atteinte d'endométrite glandulaire polypeuse.

Examen histologique (Michon) : 1°. Les noyaux fibromateux ont la structure du fibromyome banal ; 2°. Endométrite glandulaire hypertrophique avec dilatations vasculaires et infiltration leucocytaire intense.

OBSERVATION VI (TIXIER)

Mme A..., 49 ans, entre à la clinique gynécologique du professeur Pollosson, en janvier 1918, pour des pertes muco-purulentes souvent teintées de sang et datant de longtemps. L'état général est assez mauvais : pâleur, faiblesse générale.

Le professeur Tixier, remplaçant le professeur Pollosson, examine la malade et trouve : 1° Un petit polype muqueux faisant saillie entre les lèvres du col ; 2° De l'ectropion de la lèvre antérieure du col ; 3° Un utérus augmenté de volume présentant au niveau de sa face postérieure une masse de la grosseur d'une mandarine. Diagnostic : fibrome utérin avec polype muqueux symptomatique.

Intervention (M. Tixier). — Hystérectomie totale. A l'examen de la pièce on constate un fibrome sous-muqueux de la paroi

postérieure de l'utérus et des lésions d'endométrite polypeuse. Le petit polype faisant issue par l'orifice cervical s'insère au niveau de l'isthme (fig. 3).

L'examen histologique (Michon) montre que la tumeur est constituée par un fibromyome banal. Le polype muqueux n'a pas été examiné.

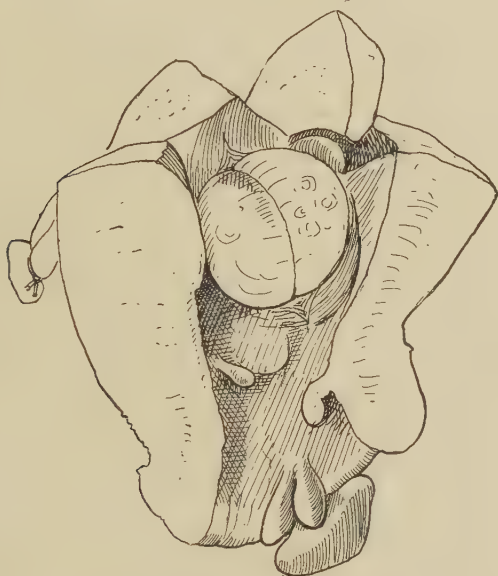


FIG. 3. — Polype muqueux du col. Endométrite polypeuse et fibrome sous-muqueux de la paroi postérieure (Obs. VI).

OBSERVATION VII (TIXIER)

Mme P..., 44 ans, est vue par le professeur Tixier en septembre 1921. Elle présente à l'examen un polype muqueux du col assez volumineux mais en outre on sent un utérus augmenté de volume et on pose le diagnostic de fibrome.

Intervention (M. Tixier). hystérectomie totale : On enlève un utérus fibromateux. A l'ouverture, polype muqueux du col à insertion isthmique.

Examen histologique (Michon). Le polype muqueux est un petit adénome des glandes du col. Sous un revêtement épithélial

uni stratifié, à cellules cylindriques, nombreuses formations glandulaires de dimensions variables et serrées les unes contre les autres. Infiltration leucocytaire moyenne.

OBSERVATION VIII (TIXIER)

Mme M..., 43 ans, a été examinée en 1918 par le professeur Tixier, à la Charité. On fit à ce moment l'ablation d'un polype muqueux du col.

Revue en 1922, elle est trouvée porteuse d'un fibrome du fond utérin.

OBSERVATION IX (TIXIER)

Mme D..., 56 ans. Pertes continues muco-purulentes, teintées parfois en rouge avec exagération de la durée des règles, sans aucun phénomène douloureux et avec état général parfait.

La malade vue en 1919 par le professeur Tixier est trouvée porteuse d'un utérus fibromateux du volume du poing, très mobile à évolution bénigne et d'un assez gros polype muqueux du col. En raison de l'âge de la malade (56 ans), on se borne à faire l'ablation du polype dans le but de diminuer les pertes continues. Bon résultat, mais les règles sont toujours abondantes. La malade est revue en janvier 1920. Ménopause depuis 6 mois. Le fibrome est resté stationnaire, il a même plutôt diminué.

OBSERVATION X (TIXIER)

Mme D..., 47 ans, a trois fils. Depuis quelques mois, pertes rouges abondantes et surtout pertes blanches continues. A l'examen, polype muqueux du col et fibrome du fond.

Intervention le 4 mars 1921. Ablation simple du polype qui est suivie de la disparition définitive des pertes glaireuses qui obligeaient la malade à se garnir constamment. Persistance des règles abondantes.

Revue le 13 janvier 1923 : le fibrome n'a pas augmenté de volume et n'amène aucun trouble. La malade ayant 50 ans, on attend la ménopause.

OBSERVATION XI (DELORE)

B... Anne, 46, ans. Entre dans le service du docteur Delore pour des troubles menstruels, datant de mars 1920.

Le début se fit par une abondante métrorragie qui dura quinze jours, et fut suivie d'une période normale de plusieurs mois. Puis en novembre et décembre 1919, nouvelles métrorragies. Enfin, réapparition des mêmes accidents : la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve un polype muqueux de l'utérus faisant saillie par l'orifice du col. Mais en outre l'utérus est augmenté de volume, bosselé sur sa face antérieure.

Intervention, le 17 janvier 1922 (M. Delore). On se borne à faire l'ablation du polype, étant donné l'âge de la malade. Le polype forme une petite masse allongée, sortant de 4 centimètres environ par l'orifice du col.

Examen histologique. Au-dessous d'un épithélium cylindrique de revêtement, on remarque un développement anormal de l'appareil glandulaire ; tubes nombreux et de grandes dimensions, mais partout les formations restent typiques. (Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.)

OBSERVATION XII (MOLIN)

R... Joséphine, 48 ans, entre dans le service du docteur Molin en décembre 1922 pour douleurs abdominales.

Le début de l'affection remonte à 1921 et se fit par des douleurs sourdes dans le bas-ventre, n'ayant pas nécessité l'arrêt du travail. Les douleurs se calmèrent et pendant dix mois, la malade ne souffrit plus. En novembre 1922, apparition de nouvelles douleurs. Les règles étaient régulières jusqu'alors : depuis deux mois, la malade perd tous les quinze jours. Pas de pertes blanches.

A l'examen, col conique de consistance dure, paraissant hypertrophié. Par l'orifice sort un polype muqueux. Utérus assez gros, en rétroversion réductible. Annexes non perçues.

Intervention, le 27 janvier 1923 (M. Michon). — Pfannenstiël.

Hystérectomie totale. A l'examen de la pièce opératoire, on constate un gros utérus, atteint de métrite parenchymateuse et porteur d'un petit fibrome. En outre deux polypes muqueux, engagés dans le canal cervical et à implantation isthmique (fig. 4).

Examen histologique (Michon). Le polype muqueux est constitué aux dépens de la muqueuse intra-cervicale. Formations

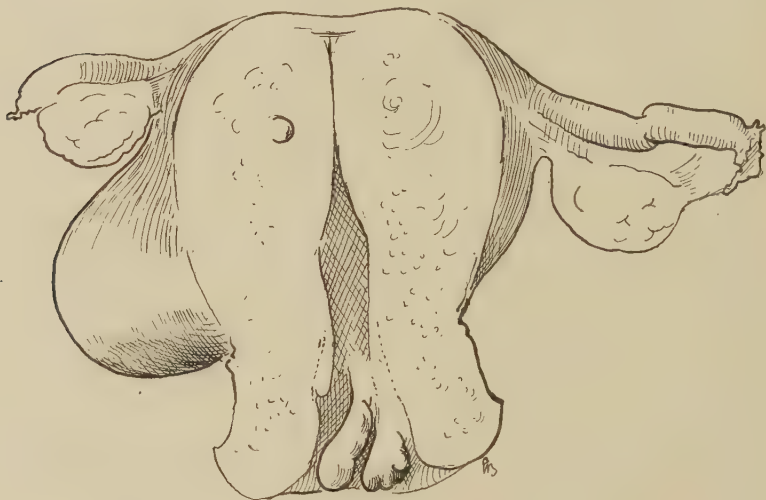


FIG. 4. — Polypes muqueux du col. Métrite parenchymateuse et petit noyau fibromateux (Obs. XII).

glandulaires rares, lobulées et irrégulières. Infiltration leucocytaire légère.

OBSERVATION XIII (PATEL)

X..., 43 ans, a eu un enfant; pas de fausses couches. En 1916, se plaignant de métrorragie, elle avait été vue par un médecin, et opérée d'un *petit polype du col* auquel on avait attribué les pertes.

L'ablation de cette tumeur ne fit pas cesser ces troubles et les règles continuèrent à être irrégulières et très prolongées.

En janvier 1922, le docteur Patel voit la malade pour des coliques abdominales s'accompagnant de métrorragies, et trouve

un utérus augmenté de volume, élargi au niveau de son fond, nettement fibromateux.

Intervention, le 24 janvier 1922 (Dr Patel). Hystérectomie abdominale totale. Myome rouge du volume d'une mandarine au niveau du fond utérin (1).

OBSERVATION XIV (LERICHE)

Mme F..., 40 ans. Vient consulter le docteur Leriche, le 4 août 1919. A eu un enfant, âgé actuellement de 15 ans; pas d'autre grossesse; pas de fausse couche.

Depuis deux ou trois ans, *sensation douloureuse d'expulsion*, irrégulière, mais presque quotidienne durant les jours derniers, avec issue d'un peu de sang rouge. Jamais de métrorragies abondantes. Règles douloureuses.

A l'examen, on perçoit très nettement entre les lèvres du col un polype pédiculé. Utérus du volume sensiblement normal, mobile. Annexes non perçues. Il ne paraît pas y avoir d'autre lésion que le polype.

1^{re} *Intervention, le 6 août 1919* (M. Leriche). Sous anesthésie, dilatation facile de l'orifice cervical au doigt. Le polype a un long pédicule grêle et s'insère au niveau du fond.

Suites simples. Le 15 août, règles très abondantes. La malade rentre chez elle le 20 août.

Le 19 octobre 1921, la malade revient consulter le docteur Leriche pour des douleurs dans les reins et des métrorragies intermittentes. A l'examen : utérus du volume d'un poing avec plusieurs masses fibromateuses.

2^e *Intervention, le 14 février 1922* (M. Leriche). — Pfannens-tiel. Hystérectomie abdominale totale.

Utérus portant trois fibromes interstitiels, le plus gros du volume d'une très grosse noix.

Guérison. La malade est revue en décembre 1922 en excellente santé.

(1) Pièce présentée par le docteur Patel à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, le 1^{er} mai 1922. (Voir dans *Bulletin*, 11^e année, n^o 5, 1922, p. 367.)

B. — Polypes muqueux dans les métrites

OBSERVATION XV (TIXIER)

S... Jeanne, 30 ans, entre dans le service du professeur Tixier le 31 janvier 1922, pour des pertes rouges et blanches.

Les métrorragies datent de longtemps. Réglée à 13 ans ; depuis l'âge de 14 ans se met à perdre tous les quinze jours environ, pendant quatre jours sans douleur. A 17 ans, les pertes augmentent de fréquence et d'abondance, au point d'être continuelles. Etat anémique. Séjour dans le service du professeur Tixier : curettage, amélioration pendant un an. Puis nouvelles hémorragies continuelles avec caillots durant 12 mois. Nouveau séjour à l'hôpital, nouveau curettage suivi d'amélioration. A l'âge de 20 ans troisième séjour à l'hôpital : cautérisation au nitrate d'argent, nouvelle amélioration. Puis les pertes reprennent et sont suivies d'une aménorrhée subite d'un an. Retour des règles normales, mariage en 1920. Au bout de cinq mois, pertes rouges irrégulières sans douleurs, ni pertes blanches.

A l'examen, malade grasse avec un état général bon, pas de signes d'anémie. Au toucher : col entr'ouvert admettant la pulpe de l'index ; sur la lèvre antérieure, à droite, petite masse molle du volume d'un grain de raisin, tendant à s'accoucher par le col, mince pédicule à insertion intra-cervicale. Le fond utérin n'est pas perçu, mais il est impossible de faire un examen précis, étant donné l'adiposité de la paroi.

Intervention le 2 février 1922 (M. Tixier). — On arrache le polype dans sa portion procidente et on curette la base d'implantation intra-cervicale. L'exploration intra-utérine montre que la cavité est grande.

La malade sort le 4 février 1922. M. Tixier juge nécessaire de la surveiller et lui conseille de revenir dans quelques mois.

Examen histologique (Michon). — Polype muqueux formé par un adénome des glandes du col : épithélium cylindrique de revêtement. Glandes étirées et à évolution kystique. Stroma muqueux avec infiltration cellulaire discrète.

OBSERVATION XVI (TIXIER)

C... Stéphanie, 29 ans. Fausse couche en 1912 et infection consécutive. Examinée par le professeur Tixier *en novembre* 1914 : deux ovaires augmentés de volume, le gauche est fixé en avant contre l'utérus, le droit est plus en arrière. Fond utérin globuleux, mobile. Col tuméfié.

La malade est surveillée et revue à différentes reprises :

En mai 1915, état général excellent. Annexes moins volumineuses.

En juin 1916, l'ovaire gauche seul est un peu gros.

En juillet 1920, annexité bilatérale, marquée surtout à droite. Lésions actuellement éteintes : gros utérus globuleux. Col atteint de métrite cervicale. Gros polype muqueux.

Intervention, le 3 août 1920. — Les lèvres du col sont grosses, tuméfiées, rougeâtres, recouvertes d'un écoulement glaireux. Au niveau de l'orifice, on n'aperçoit plus que le pôle inférieur du petit polype, qui a réintégré le canal cervical depuis le dernier examen. Il apparaît comme une grosse tête d'épingle en verre de couleur rosée, diminué de volume, moins procident.

On le saisit avec une pince et on coupe son pédicule. Coup de curette.

Traitement médical de la double lésion annexielle.

L'examen histologique (Michon) montre que le polype muqueux a la structure typique des polypes insérés dans le canal cervical. Le revêtement est un épithélium cylindrique muqueux. Dans le stroma, formations glandulaires multiples à cellules épithéliales analogues, et à architecture lobulée irrégulière. Signes nets d'inflammation chronique : infiltration de plasmazellen et de lymphocytes. En somme : petit adénome du col.

OBSERVATION XVII (TIXIER)

Louise R..., veuve Ch..., 46 ans. Réglée à 16 ans normalement. mariée à 19 ans, a eu trois enfants.

Aurait eu un ulcus gastrique avec hémاتèse.

En 1912, lithiase rénale double, nécessitant, à droite, une pyélotomie (M. Tixier) pratiquée le 5 mai, et à gauche une méatotomie urétéro-vésicale (M. Gauthier). Guérison.

En 1915, grossesse. Accouchement normal, le 10 octobre 1915. Légère infection consécutive : pertes blanches tachant le linge.

En août 1920, colique néphrétique gauche et élimination spontanée d'un petit calcul.

Depuis septembre 1920, à la suite d'une affection aiguë étiquetée : fièvre muqueuse et ayant guéri en six semaines, les règles sont devenues plus abondantes, s'accompagnent de caillots et durent dix jours.

En outre pertes fétides. Pas de douleurs abdominales ou lombaires, sauf pendant les dernières règles (la malade a souffert dans le ventre et dans les cuisses).

Elle va consulter le docteur Gauthier qui découvre un polype muqueux du col et envoie la malade dans le service de M. le professeur Tixier.

Elle entre le 9 décembre 1920. Au toucher : utérus un peu gros, mou en rétroversion et rétroflexion légère, col légèrement entr'ouvert, laissant passer un *petit polype muqueux* en voie de sphacèle et saignant au moindre contact.

Le corps utérin n'a ni la consistance, ni la déformation caractéristique des fibromes interstitiels ; l'expression du fond ne fait sourdre ni pus, ni sang. Pas de cancer du corps. Mais les pertes rouges sont exagérées par rapport à la petitesse du polype ; aussi, étant donné l'âge de la malade (46 ans), l'hystérectomie est indiquée.

Intervention, le 18 décembre 1920 (MM. Tixier-Bonnet). — Pfannenstiël. Hystérectomie totale.

A l'examen de la pièce, on trouve un *petit polype muqueux* appendu à la lèvre postérieure du col et un utérus de dureté ligneuse à la coupe, à parois très épaisses, présentant des lésions de *métrite parenchymateuse* (fig. 5).

Sort guérie le 8 janvier 1921.

Examen histologique (Michon). — 1° Le polype du col est constitué par un allongement pédiculé de la muqueuse du col. Les

glandes sont étirées et ont subi, par place, une évolution kystique. Structure typique de l'adénome.

2° La muqueuse du corps est moins épaisse que normalement. On y trouve des vaisseaux nombreux et dilatés et un stroma très riche en cellules.

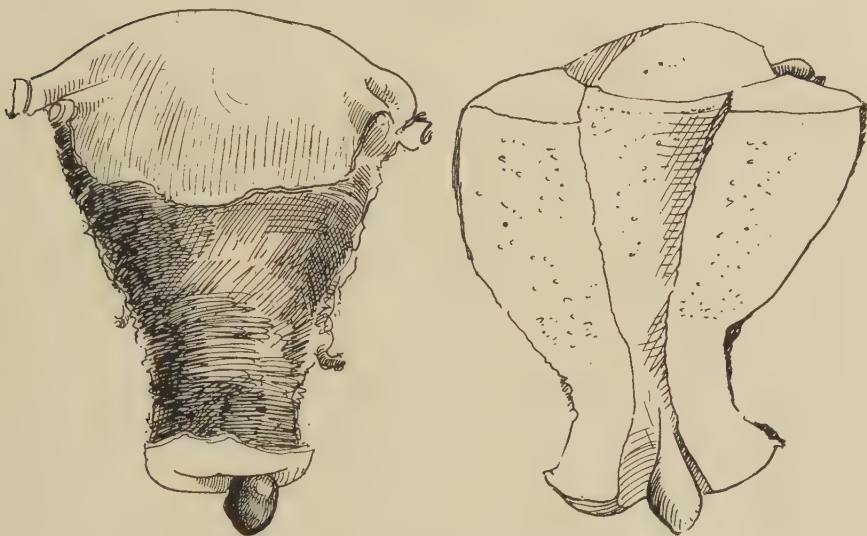


FIG. 5. — Polype muqueux du col. Métrite parenchymateuse (Obs. XVII).

OBSERVATION XVIII (VILLARD)

S... Marie-Célestine, 45 ans. Réglée à 16 ans : a eu trois enfants, le dernier en 1904.

Entre dans le service de M. le professeur Villard, en octobre 1921, pour des pertes rouges. Le début de l'affection s'est fait en 1914 ; après un retard de règles de quinze jours, apparut brusquement, précédée de douleurs utérines, une hémorragie abondante avec caillots. Cette hémorragie dura un mois et s'accompagna d'une faiblesse générale telle, que la malade dut garder le lit pendant deux mois.

Puis, pendant six mois, les règles furent à peu près normales, pourtant un peu plus abondantes que d'ordinaire.

Nouvelle hémorragie moins abondante que la première, à la suite de laquelle s'établirent, pendant six ans, des ménorragies presque constantes.

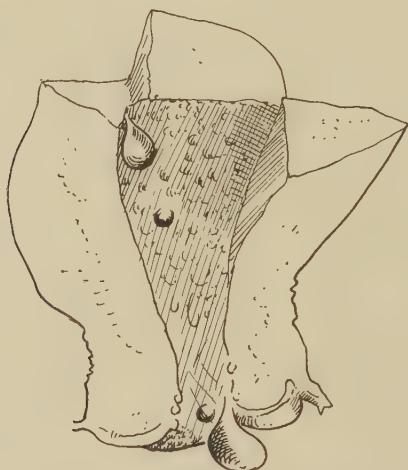


FIG. 6. — Polype muqueux du col. Endométrite végétante.
Polype muqueux de la corne droite (Obs. XVIII).

Depuis cinq semaines, enfin, l'écoulement de sang est continu, s'accompagnant de quelques douleurs et d'un peu de dysurie.

Par instants, pertes hydrorrhéiques. La malade entre à l'hôpital.

A l'examen, malade pâle, très anémiée. Abdomen souple. Au toucher : col haut situé, attingible à bout de doigt. Culs-de-sac libres et souples. Isthme utérin dur, légèrement douloureux. Col de consistance normale, laissant passage à un *petit polype muqueux*. On ne perçoit pas le corps utérin qui ne dépasse pas le bord supérieur de la symphyse.

Intervention, le 26 octobre 1921 (MM. Villard-Michon). — Hystérectomie abdominale. Sur la pièce, on constate des lésions d'*endométrite végétante* et un *polype muqueux* à insertion isthmique. Petit polype muqueux au niveau de la corne droite (*fig. 6*).

Examen histologique (Michon). — Les polypes muqueux sont constitués aux dépens des éléments de la muqueuse du corps : cellules prismatiques, chorion rappelant celui de l'utérus, glandes tubulées. Lésions d'endométrite végétante hypertrophique.

OBSERVATION XIX (VILLARD)

R... Marie-Joséphine, 49 ans, consulte le professeur Villard pour ménorragies abondantes, datant de dix ans.

Réglée à 14 ans, abondamment, pendant quatre à cinq jours, sans douleurs. A eu quatre accouchements normaux.

Depuis dix ans les règles sont devenues plus abondantes et leur durée s'est prolongée de deux jours. En outre, expulsion de caillots. Ces troubles allèrent en s'accusant et depuis quatre ans, les règles ont une durée de douze jours. Entre les règles : pertes blanches glaireuses.

Entre à l'hôpital le 7 janvier 1923. Teint un peu jaune, sans amaigrissement. Lassitude au moindre effort, tendance aux vertiges. Au toucher : utérus légèrement augmenté de volume, sans dégénérescence fibromateuse appréciable. Col ramolli, entr'ouvert admettant l'extrémité de l'index : on perçoit à l'intérieur du canal cervical une frange polypeuse. Les annexes ne sont pas perçues.

Intervention, le 10 janvier 1923. — On a recours à la dilatation du col, aux fins de vérification de la cavité utérine.

Après abrasion de 3 ou 4 petits polypes muqueux, obstruant l'orifice cervical, on pénètre dans la cavité utérine et on ramène, à la curette des débris fongueux abondants.

Examen histologique (Dunet). — 1° Le polype muqueux proprement dit revêt la structure habituelle : revêtement d'épithélium cylindrique, canaux glandulaires à cavité centrale élargie dans un stroma infecté.

2° Les fragments retirés de la cavité utérine sont formés par une muqueuse hyperplasiée, dont les cellules ont le même type que celles du polype muqueux. Grandes canaux glandulaires. En somme lésions d'endométrite *proliférante*.

OBSERVATION XX (MOLIN)

B... Eugénie, 27 ans. Entre dans le service du docteur Molin, le 21 novembre 1922, pour métrorragies persistantes.

Vierge. Antécédents tuberculeux : pleurésie sèche à l'âge de 15 ans, obésité de l'adolescence, bronchite tenace avec fièvre et hémoptysies à l'âge de 20 ans.

Habituellement assez bien réglée, la malade se met à perdre en rouge pendant un an (1921). Examinée le 6 septembre 1921, on découvre un *polype muqueux du col*. On lui attribue les accidents et on fait l'ablation simple. L'intervention n'est suivie d'aucune amélioration et les métrorragies continuent.

A l'examen, le 21 novembre 1922, on constate un petit col conique, mou, de consistance œdémateuse, avec orifice élargi. L'utérus paraît normal ; le toucher et palper combiné est rendu difficile par l'adiposité de la paroi.

Le 28 novembre 1922, exploration intra-utérine négative. Curettage. Aucune amélioration.

Le 3 janvier 1923, devant la persistance des hémorragies, on place dans la cavité utérine un tube de 50 milligrammes de radium pendant 24 heures.

Amélioration passagère et reprise des pertes quotidiennes, roussâtres, accompagnées de douleurs lombaires.

Une laparotomie est décidée, mais renvoyée à une date ultérieure, en raison d'une bronchite aiguë généralisée avec fièvre.

DEUXIEME GROUPE

Observations ayant un intérêt purement anatomique

A. — Polypes muqueux et fibromes.

OBSERVATION XXI (TIXIER)

V... Marie, 66 ans. Entre dans le service du professeur Tixier, le 3 novembre 1920, pour douleurs lombaires et rectite glaireuse.



FIG. 7. — Fibrome calcifié de la paroi utérine. Petit fibrome sous-séreux du fond. Polype muqueux intra-cervical (Obs. XXI).

A la suite d'un accouchement en 1920, aurait eu une déchirure large du périnée et du col. Depuis : prolapsus utérin. Envies fréquentes d'uriner, douleurs lombaires, faux besoins, rectite glaireuse et sanguinolente.

La malade ne peut préciser la date de la ménopause.

A l'examen, après réduction du prolapsus utérin, on perçoit, par le toucher recto-vaginal, un col petit, dur et une tumeur extrêmement dure, irrégulière, du volume d'une mandarine, semblant dépendre du corps utérin, qu'elle a entraîné en rétroflexion. On fait le diagnostic de fibrome calcifié.

Intervention, le 22 novembre 1920. (MM. Tixier-Bonnet). — Pfannenstiël. Hystérectomie totale. Par l'intermédiaire des ligaments ronds on fixe à la paroi le vagin suturé et péritonisé.

La pièce opératoire montre : 1° un *fibrome calcifié* interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus et un autre petit noyau fibromateux pédiculé du fond ; 2° des lésions de *métrite parenchymateuse* ; 3° un *petit polype muqueux intra-cervical*, à insertion sur la lèvre postérieure du col (fig. 7).

L'examen histologique (Michon) montre 1° Que le polype muqueux a la structure d'un adénome du col. Revêtement épithélial cylindrique. Formations glandulaires lobulées, irrégulières. Enormes vaisseaux ; 2° Que le fibrome est en voie de nécrobiose aseptique.

OBSERVATION XXII (TIXIER)

M... Marie, 50 ans. Entre dans le service du professeur Tixier, le 23 février 1921, pour des métrorragies datant de 3 ans.

Réglée à 15 ans ; pertes blanches jusqu'à 20 ans. Mariée à 48 ans, pas d'enfants. En 1918, apparition de pertes rouges dix à quinze jours après les règles, et durant 4 ou 5 jours. Puis il y a un an et demi, douleurs dans le bas-ventre, devenues plus vives et interdisant la marche.

Femme vigoureuse. Abdomen augmenté de volume. Au toucher : gros utérus fibromateux, mou, plaqué contre la symphyse.

Intervention, le 25 février 1921 (M. Murard). — Laparotomie. Ascite. Kyste de l'ovaire qu'on ponctionne (contenu hémattique) et qu'on enlève. Fibrome multilobulé, enclavé, intra-ligamentaire à droite. Hystérectomie totale. Appendicectomie.

Le kyste paraît en voie de dégénérescence (plaques jaunâtres à la surface, bourgeons intra-kystiques à consistance de frai de grenouille).

Examen de la pièce. — 1° *Utérus fibromateux* multilobulé ; 2° *Métrite glandulaire hypertrophique*. Cavité très irrégulière.

avec des recessus fongueux entre les noyaux fibromateux ; 3°
Polype muqueux du col, inséré au niveau de l'isthme (fig. 8).

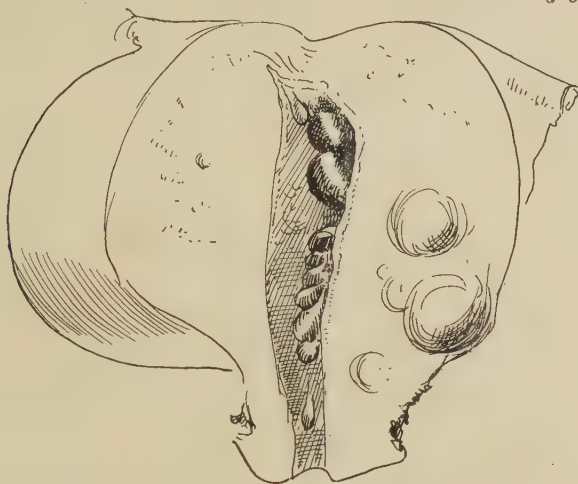


FIG. 8. — Tumeur végétante de l'ovaire. Noyaux fibromateux multiples de l'utérus. Métrite glandulaire hypertrophique. Polype muqueux intra-cervical (Obs. XXII).

Histologiquement : il est formé par des éléments rappelant la muqueuse du corps. Infiltration cellulaire intense (Michon).

Suites normales. La malade est revue le 23 décembre 1922 avec un néoplasme du vagin : grosse masse en chou-fleur à consistance dure, saignant au doigt. Perforation recto-vaginale. Douleurs vives, irradiées aux cuisses.

On place deux tubes de radium en pleine tumeur.

OBSERVATION XXIII (TIXIER)

M... Marie-Amélie, 58 ans. Entre dans le service du professeur Tixier, le 21 octobre 1919, pour fibrome utérin.

Intervention, le 27 octobre 1919 (M. Tixier). — Hystérectomie totale. Sur la pièce opératoire, on constate un noyau fibromateux, situé dans la paroi antérieure de l'utérus et du volume d'une tête d'enfant. Dans le canal cervical est logé un *polype muqueux pédiculé*, à insertion isthmique. Le pôle inférieur commence à poindre à l'orifice externe.

Examen histologique (Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, n° 493). — Myome utérin en voie d'accroissement avec points de nécrobiose.

OBSERVATION XXIV (TIXIER)

H... Marie, 43 ans. Entre dans le service du professeur Tixier pour pertes rouges, le 12 janvier 1922.

Réglée à 13 ans, mariée à 18 ans, a eu un enfant à 19 ans. Prolapsus utérin traité par pessaire.

A 34 ans, ablation d'un petit adéno-fibrome du sein gauche, dilatation anale et résection de paquets hémorroïdaires.



FIG. 9. — Noyaux fibromateux multiples. Métrite glandulaire hyperplasique. Polype muqueux de l'isthme (Obs. XXIV).

Début de l'affection actuelle, en juin 1921 (42 ans) par ménorragies non douloureuses.

A l'examen, col en avant, ramolli, entr'ouvert : corps globuleux, renversé en arrière. Masse dure, irrégulière, mobilisable, sur la face antéro-latérale gauche de l'utérus.

Intervention, le 23 janvier 1922 (M. Tixier). — Pfannenstiell Hystérectomie totale.

Examen de la pièce : 1° Utérus mûriforme par suite de l'existence d'une quantité de fibromes sous-séreux ; 2° Polype muqueux isthmique, ayant vraisemblablement sollicité les contractions utérines et créé le ramollissement du col ; 3° Signes de métrite glandulaire hyperplasique : muqueuse tomenteuse avec quelques suffusions hémorragiques (fig. 9).

OBSERVATION XXV (TIXIER)

M... Marie-Rosalie, sœur hospitalière, 43 ans. Entre dans le service du professeur Tixier, le 25 septembre 1922.

Réglée à 16 ans, régulièrement. Depuis 1919, les règles augmentent d'intensité et d'abondance, s'accompagnent de caillots et sont douloureuses. La malade est soignée à Limoges : les troubles sont

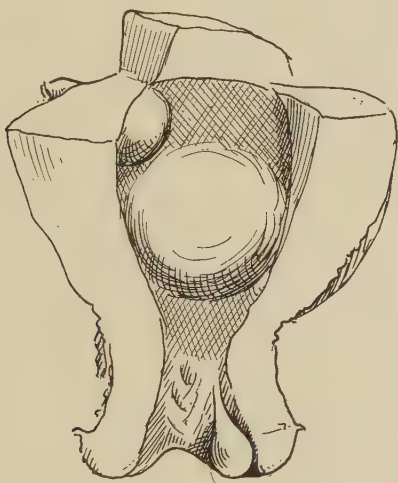


FIG. 10. — Fibromes sous-muqueux. Polype muqueux intra-cervical (Obs. XXV).

attribués à l'appendice : appendicectomie. La dysménorrhée continue.

Actuellement : douleurs lombaires, constipation, pollakiurie, règles persistantes et abondantes (durée : 19 jours en août).

A l'examen : persistance de l'hymen ; col court, effacé. Utérus fibromateux, volume tête d'enfant, enclavé dans le petit bassin.

Intervention, le 29 septembre 1922 (MM. Tixier-Bonnet). — Pfannenstiël. Hystérectomie totale.

Sur la pièce, on constate : 1° un fibrome du volume d'une orange dans la paroi antérieure. Utérus très augmenté de volume (cavité utérine : 14 cm.) ; 2° Dans le canal cervical, un polype muqueux qui affleure l'orifice externe ; 3° Un petit noyau fibreux sous-muqueux au niveau de la corne droite. (fig. 10.)

OBSERVATION XXVI (TIXIER)

V... Marie-Marguerite, 42 ans. Fibrome utérin découvert par hasard en 1920, au cours d'un examen général, à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone. Aucun trouble : règles normales et régulières.



FIG. 11. — Fibromes utérins multiples.
Polype muqueux intra-cervical (Obs. XXVI).

En 1922, troubles dysuriques, ayant nécessité trois sondages dans le courant du mois de juillet.

A l'examen : col dur, dévié légèrement à gauche. Petit orifice de nullipare. Fibrome postérieur enclavé, peu mobilisable, ressemblant à un utérus gravide en rétroversion.

Intervention, le 30 octobre 1922 (MM. Tixier-Bonnet). — Pfannenstiell. Hystérectomie totale.

Pièce opératoire : 1° Utérus du volume de deux poings. Fond utérin bourré de petit fibromes, un plus volumineux est appendu au fond et pend en arrière de l'utérus ; 2° Dans le canal cervical, très haut situés, deux petits polypes muqueux (fig. 11).

OBSERVATION XXVII (TIXIER)

D... Augustine, 48 ans. Entre dans le service du professeur Tixier, le 10 juillet 1922, pour appendicite et fibrome.

Intervention, le 10 juillet 1920 (MM. Tixier-Barbier). — Pfannenstiël. Appendicectomie. Hystérectomie totale.

L'utérus présente : 1° Un col énorme avec ectropion de la mu-



FIG. 12. — Noyaux fibromateux multiples. Polype muqueux du fond.
(Obs. XXVII).

queuse ; 2° Un corps utérin farci de nodules fibromateux ; 3° Un polype muqueux pédiculé siégeant dans la cavité utérine et inséré au niveau de l'*ostium uterinum* gauche (fig. 12).

OBSERVATION XXVIII (BONNET)

Mme N..., 54 ans. Est vue en consultation par le docteur Bonnet, en août 1922. Depuis le début de 1921, elle présente des métrorragies et des douleurs. A l'examen, on trouve un fibrome du volume d'une orange.

Intervention, le 11 septembre 1922 (MM. Bonnet-Michon). — Hystérectomie totale. Œdème du ligament large et du vagin.

Sur la pièce : 1° Fibrome accouché par le col, et à insertion sus-isthmique. A la coupe, deux ou trois petits fibromes sous-

muqueux ; 2° Deux polypes muqueux, implantés au pôle d'un des noyaux fibromateux sous-muqueux, un autre polype muqueux au niveau de la corne utérine gauche (fig. 13).



FIG. 13. — Gros polype fibreux intra-vaginal et petits noyaux fibromateux sous-muqueux. Polypes muqueux du fond. (Obs. XXVIII).

OBSERVATION XXIX (MOLIN)

Mme R..., 46 ans. Entre dans le service du docteur Molin, en novembre 1922, pour fibrome utérin, ayant provoqué des douleurs et des métrorragies.

Intervention, le 15 novembre 1922 (M. Wertheimer). — Laparotomie : on trouve un fibrome du fond et un double hémato-

salpinx. Hystérectomie subtotale. A la section du col, on s'aperçoit que la muqueuse est tomenteuse et fait hernie : évidemment conique du col. A l'examen de la pièce, on s'aperçoit que le canal cervical contient un *polype muqueux*.

Examen histologique (Michon). — On note : 1° Au niveau du corps des lésions d'endométrite glandulaire hypertrophique ; 2° Au niveau de l'isthme, une muqueuse à peu près normale ; 3° Au niveau du canal cervical, une évolution polypeuse localisée : étirement des glandes, formations de kystes glandulaires, infiltration cellulaire légère.

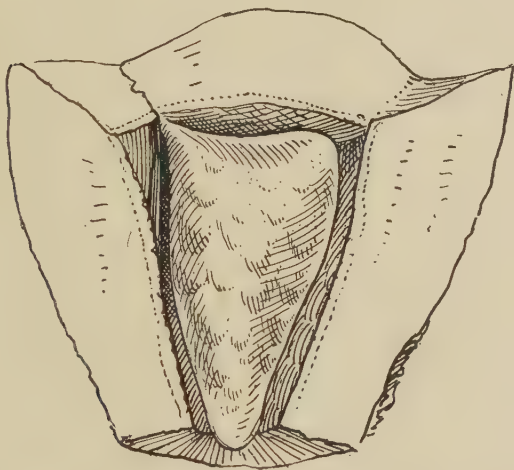


FIG. 14. — Kyste végétant de l'ovaire droit. Petit fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Enorme polype muqueux à insertion fundique. (Obs. XXX).

OBSERVATION XXX (MOLIN)

G... Jeanne, 55 ans. Entre dans le service du docteur Molin, le 25 novembre 1922, pour une tumeur abdominale avec ascite, datant de dix ans : on pense à une tumeur de l'ovaire.

Intervention, le 17 novembre 1922 (MM. Molin-Wertheimer). — Laparotomie médiane. Evacuation d'une ascite abondante. Kyste végétant de l'ovaire droit. Ovaire gauche normal. Utérus légèrement augmenté de volume. Hystérectomie subtotale.

A l'examen de la pièce, on constate : 1° Un petit fibrome du volume d'une noix, dans la paroi postérieure de l'utérus ; 2° Un énorme polype muqueux, inséré au niveau du fond près de l'*ostium uterinum* droit, se moulant sur les parois de la cavité utérine et s'insinuant par son extrémité inférieure dans le canal cervical. (fig. 14).

Examen histologique (Michon). — 1° Fibromyome banal ; 2° Polype constitué par des végétations arborescentes extrêmement irrégulières, avec un squelette conjonctif grêle et un revêtement épithélial prismatique, rappelant celui du corps.

OBSERVATION XXXI (DURAND)

G... Claudine, 51 ans. Entre dans le service du docteur Durand le 25 octobre 1922, pour pertes rouges datant d'un an. L'hémorragie est presque continue ; malade pâle. Le toucher ne donne pas de renseignements, la paroi étant très grasse.

Intervention, le 28 octobre 1922 (M. Durand). — Hystérectomie subtotal : petit utérus fibromateux adhérent (salpingite ancienne probable).

A la coupe, l'utérus contient : 1° Un noyau fibromateux du volume d'un œuf dans la paroi postérieure ; 2° Dans le fond utérin, au-dessus du fibrome, deux polypes muqueux, insérés près d'une corne. La muqueuse sur le fibrome est saine en apparence.

B. — Polypes muqueux dans les métrites et les affections annexielles.

OBSERVATION XXXII (TIXIER)

Mme C..., 65 ans. Pas de passé gynécologique. Mariée, plusieurs enfants. Pertes muco-purulentes persistantes avec troubles intestinaux graves, faisant redouter à cause de l'amaigrissement progressif et des glaires sanglantes un cancer du rectum. La docteur Devic, consulté, constate au toucher une masse adhérente à la face postérieure de l'utérus, siégeant dans le Douglas et faisant craindre une tumeur du haut-rectum difficile à délimiter. M. le professeur Tixier perçoit un utérus du volume d'un petit poing,

paraissant être le siège d'un vieux fibrome. D'autre part, les annexes semblent bloquées par de la pelvi-péritonite dans le Douglas, au-dessus de la tumeur.

Intervention, juillet 1922 (M. Tixier). — Laparotomie. Hystérectomie totale, rendue difficile par le fait que les annexes sont le siège d'une vieille annexite silencieuse et que dans l'ovaire on découvre une véritable pierre, reliquat d'une ovarite ancienne

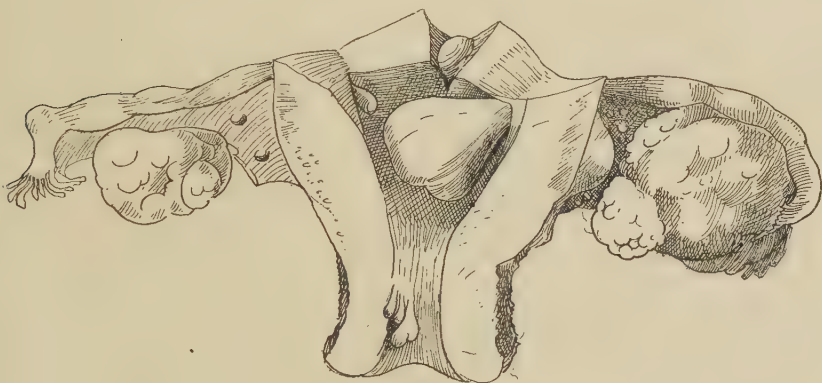


FIG. 15. — Annexite ancienne bilatérale
Polypes muqueux multiples du fond et du canal cervical (Obs. XXXII).

avec apoplexie ovarienne. La pièce, examinée, montre en plus des lésions annexielles *plusieurs polypes muqueux*, un petit à l'*ostium uterinum* droit, un volumineux à l'*ostium uterinum* gauche, et trois petites franges polypeuses à insertion isthmique et engagées dans le canal cervical (*fig. 15*).

OBSERVATION XXXIII (TIXIER)

Mme P..., 38 ans. Mariée, réglée toujours avec douleurs extrêmement vives. Pas d'enfants, pas de fausses couches. A plusieurs reprises, poussées de pelvi-péritonite obligeant la malade à garder le lit : traitement médical et hydrothérapie durant un séjour en Amérique.

Depuis six mois, exagération des symptômes abdominaux : douleurs de reins très intenses, règles douloureuses. En outre, pertes rouges abondantes au moment des règles et deux fois entre les

règles. Poussée de péritonite grave, au milieu du mois de décembre 1922 sans vomissements, mais nausées et température à 38° , $38^{\circ}5$. Au toucher : gros utérus fixé en arrière, fibrome de la face postérieure du volume d'une mandarine ; à gauche, grosse poche kystique. Diagnostic : ancien fibrome, et poche kystique gauche probablement tordue.

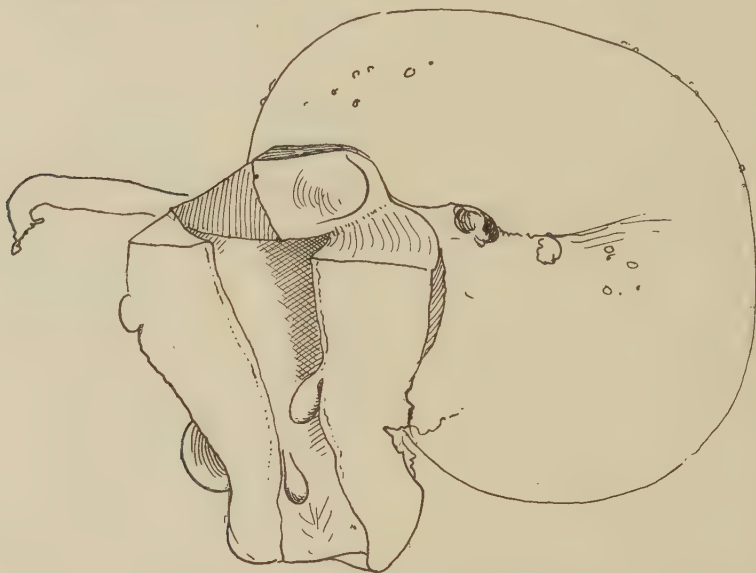


Fig. 16. — Tumeur de l'ovaire gauche. Noyaux fibromateux interstitiels. Polypes muqueux de l'isthme et du corps (Obs. XXXIII).

Intervention, le 18 janvier 1923 (M. Tixier). — Pfannenstiel. Hysctérectomie totale.

A l'examen de la pièce, on trouve : 1° Une tumeur de l'ovaire gauche ; 2° De petits noyaux fibromateux interstitiels ; 3° Deux polypes muqueux, un isthmique à peine engagé dans le canal cervical, l'autre inséré dans la cavité utérine (fig. 16).

OBSERVATION XXXIV (BONNET)

Mme B..., 51 ans. Depuis quelques mois, règles plus abondantes avec caillots. En août 1922, hémorragie très abondante avec anémie. Le 24 août, nouvelle hémorragie très abondante avec douleurs d'expulsion. Température : 38° .

Diagnostic clinique : Fibrome sous-muqueux en voie d'accouchement ; annexite gauche probable.

Après quelques jours de repos au lit avec applications de glace, la température tombe et l'intervention est décidée

Intervention, le 8 septembre 1922 (M. Bonnet). — Hystérectomie totale.



FIG 17. — Métrite parenchymateuse et polype muqueux de l'isthme
(Obs. XXXIV).

Examen de la pièce : 1° L'utérus est augmenté de volume, très épaissi ; les parois résistent aux ciseaux. Lésions de métrite parenchymateuse ; 2° Un polype muqueux à implantation isthmique. (fig. 17).

CHAPITRE V

Critique des Observations

Les observations que nous apportons à l'appui de notre thèse ont une valeur inégale. Celles réunies dans le deuxième groupe servent uniquement de documents pour montrer la coexistence de lésions diverses et des polypes muqueux. On conçoit toutefois que des polypes, déjà franchement intra-cervicaux, comme on en trouve signalés dans les observations du deuxième groupe, affleurant même l'orifice externe, aient pu devenir perceptibles cliniquement à une période plus avancée de leur évolution, et alors les observations de ces cas seraient rentrées dans le premier groupe (Obs. XXV, fig. 10 et Obs. XXX, fig. 14).

D'autre part, dans les observations du premier groupe, c'est-à-dire celles où le polype muqueux a été constaté cliniquement, il est des cas où la lésion causale était flagrante, de diagnostic évident et où le polype muqueux n'apparaît que comme un symptôme bien accessoire

(Obs. III, fig. 1). Etant données nos constatations, il est pourtant logique de penser que si les malades avaient été examinées plus précocement, la lésion originelle étant alors plus difficile à dépister, le polype muqueux, par son existence, aurait pu seul attirer l'attention ou encore engager à un examen plus approfondi ou à une surveillance périodique.

Les faits qui nous paraissent devoir être détachés de ces observations anatomo-cliniques sont les suivants :

a) La *symptomatologie* due au polype muqueux proprement dit est peu bruyante. Les deux signes les plus constants sont les écoulements *mucopurulents* et les *hémorragies*, signes qui existent d'ailleurs, comme nous l'avons vu, dans les polypes muqueux des autres organes (fosses nasales, oreille).

1° Les *pertes blanches* sont un symptôme assez constant. Ce sont elles souvent qui amènent la malade au médecin. Elles sont continues, parfois très abondantes et plus marquées au voisinage des périodes menstruelles ; mucopurulentes ou glaireuses, plus rarement hydorrhéiques, elles tachent le linge en jaune-marron, l'empêsent et obligent la malade « à se garnir » en permanence. En outre, elles provoquent parfois une irritation vulvaire et cutanée au niveau de la face interne des cuisses, amenant un prurit désagréable et pouvant s'accompagner de lésions cutanées variées.

Ces symptômes sont bien à mettre sur le compte du polype : ils cèdent souvent à son ablation, et cet acte chirurgical est légitimé en tant que thérapeutique sympto-

matique puisqu'il améliore des troubles souvent ennuyeux pour la malade (Obs. V, IX, X).

2° Il n'en est pas de même *des hémorragies*. Et s'il existe des polypes vasculaires, suintant au doigt, et pouvant teinter en rose les écoulements glaireux, il est rare de voir des pertes rouges véritables dues uniquement à la présence du polype. Il s'agit, en général, de suintements sanguinolents, survenant sans causes, se répétant avec régularité et ténacité, tachant légèrement le linge, et finissant par exaspérer les malades, mais jamais de métrorragies vraies, faisant perdre aux malades du sang rouge et des caillots. Nous insistons sur cette donnée qui a pour nous une grosse importance : l'attention doit être attirée par la disproportion qui peut exister entre l'abondance de l'hémorragie et les dimensions du polype.

D'ailleurs, l'ablation du polype n'amène généralement qu'une amélioration passagère des pertes rouges ; souvent même, elle est sans action aucune, la métrorragie étant due à la lésion causale concomitante (Obs. V, XIII, XIV).

3° Quant aux douleurs, elles sont rares. Parfois la malade accuse des *douleurs d'expulsion*, quand dans certaines conditions un polype muqueux s'engage dans le canal cervical (Obs. XIV, XXIV).

4° *Au point de vue objectif* enfin, les polypes muqueux sortant par l'orifice cervical sont en général facilement perçus par le toucher vaginal. L'examen au spéculum est toutefois souvent utile pour voir les polypes mous, mal sentis par le doigt, ou les polypes encore intra-cervi-

caux et commençant à peine à apparaître à l'orifice externe du col.

b) Les faits constatés par nous confirment la notion classique de la *coexistence presque fatale de l'endométrite*.

Le polype paraît bien être sous la dépendance d'un état inflammatoire infectieux de la muqueuse : le processus peut être plus ou moins étendu suivant les cas ; mais s'il n'existe pas toujours en tant que manifestation clinique, il existe anatomiquement et l'on doit, en pratique, tenir compte de cette endométrite pour régler sa thérapeutique.

c) Enfin les notions qui précèdent donnent à la constatation d'un polype muqueux *une valeur pronostique* toute particulière. Dans les livres classiques, en effet, le polype muqueux est considéré comme une affection toute locale, à thérapeutique simple et à pronostic essentiellement bénin. Tout au plus conseille-t-on de traiter, en outre, l'endométrite causale. Il n'en est pas de même pour nous, et nous croyons que la constatation d'un polype muqueux doit toujours faire suspecter une lésion étendue de l'appareil utérin ou annexiel, engager à la surveillance périodique de la malade et aboutir à la thérapeutique vraiment curative de la lésion causale dont le polype n'est qu'un symptôme.

CHAPITRE VI

Indications diagnostiques et thérapeutiques basées sur la constatation d'un polype muqueux.

L'emploi très répandu du spéculum dans la pratique gynécologique qui a fait longtemps négliger le palper et toucher combinés, la satisfaction de voir le corps du délit qu'on croit responsable des troubles accusés par la malade, la possibilité de faire une intervention rapide et brillante et de donner à la patiente une assurance de guérison immédiate expliquent fort bien la conception que se font du polype muqueux les praticiens non suffisamment avertis et excusés par les notions classiques sur la bénignité du polype muqueux et sur son traitement.

Nos observations tendent à montrer que cette conception doit être modifiée, que la constatation d'un polype muqueux doit inciter à l'examen complet de l'appareil génital de la femme et que la thérapeutique doit être guidée par les lésions constatées.

a) Indications diagnostiques

Tout polype muqueux du col doit être tenu *a priori* pour symptomatique d'une lésion sus-jacente. Et cette lésion doit être recherchée avec soin. Donc, pour cela, l'examen au spéculum, parfois utile pour découvrir des lésions d'endométrite cervicale ou des polypes mal perceptibles au doigt est tout à fait insuffisant pour mener à bien un examen complet et il doit céder la place comme moyen d'investigation au palper et toucher combinés que l'on devra faire systématiquement. En outre, comme l'on est fréquemment en présence de lésions minimales à leur début, cet examen devra être fait dans les meilleures conditions possibles : (malade étendue dans le décubitus horizontal, sur un plan résistant ; vacuité de la vessie et du rectum) et sera au besoin répété à quelques jours d'intervalle.

Dans ces conditions, on pourra découvrir des lésions qui, à un examen rapide, auraient pu passer inaperçues et les traiter efficacement puisque prises à une période précoce d'évolution. Il est évident que seuls les renseignements fournis par l'examen physique pourront, joints à l'évolution clinique, mener à un diagnostic précis ; nous voulons, néanmoins, essayer de préciser les indications diagnostiques fournies par la constatation du polype muqueux du col, bien que nous reconnaissons ce que cette division a de schématique. Les indications fournies varient en général suivant l'âge.

1° Chez les jeunes femmes, la constatation du polype muqueux doit faire pousser l'interrogatoire et l'examen du côté

de l'infection utéro-annexielle. Les salpingites chroniques d'infection banale ou tuberculeuse doivent particulièrement être soupçonnées ; avec elles, il est vrai, existe généralement une endométrite dont les manifestations cliniques sont inconstantes.

Les métrites simples, sans lésions inflammatoires annexielles (métrite fongueuse, métrite hémorragique, métrite des jeunes filles) peuvent également être la cause de l'affection.

Beaucoup plus rarement, il s'agira de lésions ovariennes (dégénérescence scléro-kystique, kyste de l'ovaire) ou alors ces lésions coexistaient avec une infection plus ou moins atténuée.

2° *Chez les femmes d'âge moyen*, toutes ces causes précédemment décrites se retrouvent. Les métrites hyperplasiques, les scléroses utérines peuvent être à l'origine des troubles. Mais de toutes les causes la plus fréquente semble bien être, à cet âge, le *fibromyome utérin*. Nombreux sont les cas (23 sur 34) où nous avons vu coexister les deux lésions, même sans que la muqueuse utérine présente des signes de métrite étendue. C'est ainsi que la constatation d'un polype muqueux, s'accompagnant de quelques ménorragies, a pu, dans certains cas, faire prévoir l'évolution ultérieure d'un fibrome.

3° *Chez les femmes âgées enfin*, à plus forte raison après la ménopause, la constatation d'un polype muqueux doit être tenue pour très suspecte, et l'on ne doit pas se contenter de son ablation en cas de pertes sanguinolentes.

Le néoplasme du col, surtout dans sa forme intra-cervicale, peut se dissimuler derrière un polype muqueux.

Mais c'est surtout au cancer du corps qu'il faut penser, rechercher par la manœuvre de l'expression utérine les écoulements ichoreux et fétides, se méfier des utérus paraissant augmentés de volume, et points de départ de douleurs pongitives et expulsives, s'irradiant le long des sciatiques.

B. — Indications thérapeutiques

On conçoit que, suivant les lésions constatées à l'examen, la thérapeutique soit variable, mais en règle générale elle ne doit pas se borner à l'ablation simple du polype, et viser la lésion causale qu'elle doit supprimer.

1° *L'ablation simple du polype* est indiquée pourtant dans un but palliatif pour combattre les pertes muco-purulentes, cause de gêne pour la malade (Obs. V, IX, X).

Dans d'autres cas, on pourra se borner à cet acte chirurgical simple, lorsqu'on se trouvera en présence de lésions stationnaires ou susceptibles d'amélioration spontanée. C'est ainsi qu'au voisinage de la ménopause, on sera parfois autorisé à ne pas agir de suite chirurgicalement sur un fibrome bien supporté et n'amenant aucun trouble, et à faire la simple ablation du polype muqueux symptomatique (Obs. IX, X, XI).

2° *Dans la grande majorité des cas*, la thérapeutique devra s'adresser non pas au polype, mais à la lésion causale.

a) Il est des cas où l'examen objectif soigneux et répété ne permet de découvrir ni tumeur, ni modification notable du volume et de la forme de l'utérus ; ce sont ces

cas qui correspondent au type clinique de l'endométrite hémorragique ou muco-purulente.

La constatation du polype est alors une indication formelle de *l'exploration intra-utérine*.

Chez les femmes jeunes, cette manœuvre permettra souvent de découvrir des lésions de métrite fongueuse ou hyperplasique ; fréquemment on constatera l'existence d'autres polypes muqueux intra-utérins ; et l'on pourra traiter toutes ces lésions par le curettage et la cautérisation chimique.

Par contre, chez les femmes âgées, chez les femmes ayant eu plusieurs enfants, même lorsque l'exploration intra-utérine n'aura pas donné de renseignements précis, il sera sage de se montrer méfiant et en, en règle générale, on aura avantage à pratiquer rapidement une hystérectomie plutôt qu'à temporiser trop longtemps en usant de moyens médicaux, dans ces cas souvent inefficaces.

b) Dans d'autres cas les lésions constatées seront nettes et précises. Il s'agira d'un gros utérus ou de lésions manifestes, inflammatoires ou néoplasiques de l'appareil annexiel.

Là encore, l'action thérapeutique dirigée contre le polype n'est pas de mise : il faut savoir ne pas s'y arrêter. La conduite chirurgicale sera dictée par la nature de la lésion causale ; elle variera avec elle et lui sera appropriée. Mais, d'une façon très générale, on aura recours à l'hystérectomie, que l'on fera de préférence totale en raison de la présence du polype ; quant aux indications de la castration totale, elles seront fournies par l'étendue des lésions et les conditions spéciales à chaque cas particulier.

CONCLUSIONS

I. — En pathologie générale, les polypes muqueux coexistent le plus souvent avec des lésions inflammatoires ou néoplasiques du voisinage, et ils sont considérés comme un symptôme d'une affection associée, qu'on a l'habitude de rechercher et contre laquelle est dirigée la thérapeutique.

II. — Les polypes muqueux de la cavité utérine s'implantent en général au niveau de l'isthme et dans la région du fond près de l'orifice utérin des trompes. Les polypes muqueux dits du col, c'est-à-dire ceux qui apparaissent à l'orifice externe, s'insèrent en réalité, soit dans le canal cervical, soit dans la région isthmique, soit plus rarement au niveau de la portion fundique de la cavité utérine.

Par suite de ce niveau différent d'origine, les polypes présentent, au point de vue histologique, un revêtement variable, rappelant l'épithélium de la muqueuse d'insertion.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, les polypes muqueux de l'utérus coexistent presque toujours avec

des lésions de l'appareil utéro-annexiel : cancers du corps, fibromyomes, infections ou tumeurs annexielles, métrites. Les polypes muqueux, dits idiopathiques, sont exceptionnels.

IV. — Cliniquement les polypes muqueux se manifestent par des pertes muco-purulentes, par des suintements sanglants tenaces, rarement par des douleurs expulsives. A ces signes s'ajoutent ceux de la lésion associée, dont le chirurgien doit toujours soupçonner l'existence.

V. — La constatation d'un polype muqueux rend nécessaire un examen soigneux de l'appareil utéro-annexiel, lequel donne lieu suivant les cas à deux constatations différentes :

a) Ou bien on découvre une affection latente au sujet de laquelle un traitement rationnel sera de suite discuté (cancer du corps chez les femmes âgées, fibromyomes à l'âge moyen de la vie, infections diverses chez les jeunes).

b) Ou bien le chirurgien n'a pas de signe clinique permettant d'affirmer l'existence d'une autre affection gynécologique. Il ne devra pas, *a priori*, conclure à un simple polype muqueux, dit idiopathique, mais surveiller sa malade, et étant ainsi prévenu, il pourra, en temps utile, découvrir la lésion importante dont le polype muqueux n'était que la première manifestation.

VI. — Il est évident que lorsque le polype muqueux est idiopathique, son ablation supprime tous les troubles. Mais lorsqu'il est symptomatique, l'exérèse n'est qu'un

traitement palliatif, indiqué exceptionnellement pour faire disparaître les hémorragies continues et les pertes muco-purulentes.

Seul le traitement de l'affection gynécologique causale est réellement curatif.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu:

LE DOYEN,
J. LEPINE.

Vu et permis d'imprimer:

LYON, le 13 février 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation:

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

DEPERET.

BIBLIOGRAPHIE

- CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, Paris, 1889.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de Gynécologie.
- FERRÉOL. — *Bulletin de la Société Anatomique*, avril 1857, p. 117.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie (*Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet).
- GOMET (A). — *Thèse de Paris*, 1889 (cité d'après Pozzi).
- HEYDENREICH. — *Bulletin de la Société Anatomique*, novembre 1874, p. 769.
- KANO MOUKAYÉ. — Recherches sur les néoplasies des glandes cervicales (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922, n° 1, tome V, p. 39).
- LELONG. — *Bulletin de la Société Anatomique*, fév. 1867, p. 123.
- MAUCLAIRE et WEINBERG. — Polype muqueux de la trompe, atteinte de salpingite (*Bulletin de la Société Anatomique*, mai 1902, p. 505).
- MÉNÉTRIER. — Le cancer, Paris, 1909.
- MEUNIER (J.). — *Bulletin de la Société Anatomique*, août 1863, p. 416.
- MOLINIER. — *Bulletin de la Société Anatomique*, février 1865, p. 97.
- MONTFUMAT. — Etude sur les polypes de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1867).

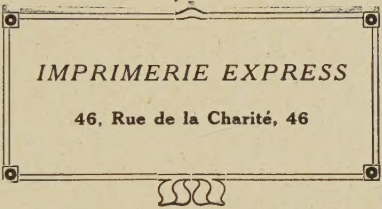
NYULUSY. — Infection puerpérale ; ses rapports avec l'endométrite déciduale polypoïde (*Medical Journal of Australia*, 26 juillet 1919, p. 61).

POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 2^e édition, 1892.

SINÉTY (DE). — *Manuel pratique de Gynécologie et de Maladies des Femmes*, Paris, 1879.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Valeur des polypes muqueux en pathologie générale	11
a) En oto-rhino-laryngologie	13
b) Les polypes muqueux du tube digestif.....	15
c) En urologie	18
CHAPITRE II. — Etude anatomique et histologique des polypes muqueux de l'utérus	21
a) Etude anatomique	22
b) Etude histologique	25
CHAPITRE III. — De la valeur séméiologique des polypes mu- queux de l'utérus	31
CHAPITRE IV. — Observations —.....	37
1 ^{er} Groupe.....	38
2 ^e Groupe	55
CHAPITRE V. — Critique des observations.....	69
CHAPITRE VI. — Indications diagnostiques et thérapeutiques basées sur la constatation d'un polype muqueux.....	73
a) Indications diagnostiques	74
b) Indications thérapeutiques	76
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	83



IMPRIMERIE EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

